

**Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de
violencia de pareja: una revisión sistemática**



Por:

Isaza Cantillo Marena

Muslaco Mendoza Keyla

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Departamento de Psicología

Barranquilla

2020

**Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de
violencia de pareja: Una revisión sistemática**

**Isaza Cantillo Marena
Muslaco Mendoza Keyla**

**Tutor(a): Diana Carolina Pérez Pedraza
Co-tutor(a): Janivys Andrea Niebles Charris**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Keyla Muslaco
Mendoza, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, CUC.
Barranquilla – Colombia.
Email: kmuslaco1@cuc.edu.co**

**Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Departamento de Psicología
Barranquilla**

2020

Barranquilla, septiembre 17 de 2020

Mg. Eileen García Montaña

Líder del grupo de investigación

Atentamente nos permitimos hacerle la entrega formal del Trabajo de grado titulado “Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja: Una revisión sistemática” presentado por las estudiantes Marena Isaza Cantillo y Keyla Muslaco Mendoza.

Como tutora considero que el trabajo de grado cumple satisfactoriamente con los criterios de calidad y rigor científico, por lo tanto, comedidamente solicito su colaboración para someterlo a evaluación de jurados.

Sea esta la oportunidad para expresar felicitaciones por el trabajo de Keyla y Marena por su compromiso y dedicación a la producción científica, cumpliendo con los estándares de calidad que implican los estudios de revisiones sistemáticas materializando una contribución científica significativa a la consolidación de la evidencia probada de los avances en las herramientas de intervención para mujeres víctimas de violencia de pareja.

Gracias por su atención,



Diana Carolina Pérez Pedraza

Profesora Medio Tiempo- Investigadora
Departamento de Ciencias Sociales

Este triunfo va dedicado a nuestros padres, por siempre creer en nosotros y ser nuestro principal motor para salir adelante.

En primer lugar, agradecemos a Dios, pues sin Él nada hubiera sido posible.

También queremos agradecer los docentes que impactaron significativamente nuestra formación, de manera especial a nuestra tutora Diana Pérez quien con amor, entrega, dedicación y experticia nos guio en cada etapa de este proyecto. A Jany por brindar su apoyo y experticia en este proceso.

A Jou, por estar dispuesta y compartirnos sus conocimientos sin condición alguna.

Gracias a la Universidad de la Costa por sensibilizarnos y empoderarnos para el campo investigativo.

Finalmente, agradecemos a todos quienes contribuyeron para la realización de nuestro trabajo.

Nota de aceptación

Firma de la Decana del Departamento de Ciencias Sociales

Firma del Decano de Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Firma de la directora del Programa de Psicología

Firma Líder de Grupo de Investigación Cultura Educación y Sociedad

Firma de Tutora

Firma de Co-tutora

Firma Juez Interno

Firma Juez Externo

Resumen

La violencia de pareja es un fenómeno ampliamente estudiado en razón a las características y los ciclos que allí se presentan. Sin embargo, son pocos los estudios que se encuentran en la literatura al indagar sobre el análisis de la eficiencia de las intervenciones. Este estudio tiene como objetivo evaluar la evidencia empírica de los programas de intervención cognitivo-conductual para la atención de mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años. Para tal efecto, se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos Scopus, ScienceDirect, Web of Science, PsycInfo, Sage Journals, Google académico, Scielo, Redalyc, Biomed BMC, Dialnet, Pubmed y Medic latina sin temporalidad de año, fueron incluidos estudios empíricos originales y artículos de investigación finalizados. Se manejaron las siguientes palabras claves: Términos Metodológicos (*Psychological Intervention, Psychological Program, Psychological treatment, Cognitive behavioral therapy*, Intervención psicológica, Programa psicológico, Tratamiento psicológico y Terapia Cognitivo conductual) y los Términos Clínicos del Constructo (*Domestic Violence, Intimate partner violence, Women victims*, Violencia doméstica, Violencia de pareja y Mujeres víctimas) conectados por el operador booleano “AND” y para las búsquedas en español se usó el operador booleano “Y”. Se evaluó la calidad metodológica de las intervenciones teniendo en cuenta el Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011), la Colaboración Campbell (The Campbell Collaboration, 2014) y la Declaración Prisma Elementos de Informes Preferidos para revisiones sistemáticas (PRISMA por sus siglas en inglés) (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009). *Resultado:* La estrategia de búsqueda que se implementó con el banco de códigos, arrojó un total de 870 estudios, de los cuales 38 cumplieron con el criterio de elegibilidad y se incluyeron en la revisión. Se reportan las características generales de los estudios seleccionados, en el que se evidencia mayor

tendencia en publicación en el idioma inglés, siendo España y Estados Unidos los países que más se presentaron en los estudios y dentro de las revistas más empleadas se encuentra *Trials* y *Journal of interpersonal violence*. La Mayoría de los estudios son de tipo Experimental y no usaron asignación aleatoria para la muestra, así mismo, el estadístico más usado resultados de las intervenciones es la d de Cohen y las variables más evaluadas fueron la depresión, ansiedad y TEPT. En términos generales, la mayoría de los estudios no proporcionan suficiente información que permita determinar la eficacia de las intervenciones.

Palabras clave: Violencia de pareja, violencia doméstica, mujeres víctimas, intervención cognitivo-conductual, revisión sistemática

Abstract

Intimate partner violence is a widely studied phenomenon due to the characteristics and cycles that occur there. However, few studies are found in the literature when inquiring about the analysis of the efficiency of interventions. This study aims to evaluate the empirical evidence of cognitive-behavioral intervention programs for the care of women victims of intimate partner violence aged 18 to 65 years. For this purpose, an electronic search was carried out in the databases Scopus, ScienceDirect, Web of Science, PsycInfo, Sage Journals, Google Academic, Scielo, Redalyc, Biomed BMC, Dialnet, Pubmed and Medic Latina without temporality of year, were included original empirical studies and completed research articles. The following keywords were used: Methodological Terms (Psychological intervention, Psychological Program, Psychological treatment, Cognitive behavioral therapy, Psychological intervention, Psychological program, Psychological treatment and Cognitive behavioral therapy) and the Clinical Terms of the Construct (Domestic Violence, Intimate partner violence, Women victims, Domestic violence, Intimate partner violence and Women victims) connected by the Boolean operator "AND" and the Boolean operator "AND" was used for searches in Spanish. The methodological quality of the interventions was assessed taking into account the Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011), the Campbell Collaboration (The Campbell Collaboration, 2014) and the Prisma Statement Preferred Reporting Elements for systematic reviews (PRISMA for its acronym in English), Moher, Liberati, Tetzlaff and Altman, 2009).

Outcome: The search strategy implemented with the code bank yielded a total of 870 studies, of which 38 met the eligibility criteria and were included in the review. The general characteristics of the selected studies are reported, in which there is evidence of a

greater trend in publication in the English language, with Spain and the United States being the countries that were most presented in the studies and within the most used journals are Trials and Journal of interpersonal violence. Most of the studies are of the Experimental type and did not use random assignment for the sample, likewise, the most used statistic for the results of the interventions is Cohen's d and the most evaluated variables were depression, anxiety and PTSD. In general terms, most studies do not provide enough information to determine the efficacy of the interventions.

Keywords: Intimate partner violence, domestic violence, female victims, cognitive-behavioral intervention, systematic review

Contenido

Lista de tablas y figuras	13
Introducción.....	14
Definición del problema	16
Planteamiento del problema.....	16
Formulación del problema	21
Justificación	22
Objetivos.....	26
Objetivo general.....	26
Objetivos específicos	26
Marco teórico.....	26
Evolución histórica y conceptual de la violencia doméstica	27
Enfoque Cognitivo Conductual	33
Terapia conductual	33
Terapia Cognitiva.....	34
Terapia Cognitivo Conductual	35
Terapia basada en evidencia	37
Revisión Sistemática.....	39
Metodología.....	42
Tipo de estudio	42
Población y muestra.....	43
Instrumento y técnica.....	43
Procedimiento	43
1. Formulación del problema.	43
2. Formulación de los criterios de elegibilidad.	44
3. Búsqueda de la información.....	44
4. Preselección de las referencias y selección de los estudios incluidos.	46
6. Extracción de los datos.	47
7. Análisis y síntesis de la evidencia científica.....	48
Resultados.....	51
Caracterización de los estudios	55

Discusión	97
Conclusiones y recomendaciones	108
Limitaciones de la revisión	109
Recomendaciones finales	109
Referencias	111
Referencia de los estudios incluidos en la revisión sistemática	137
Anexos	144

Lista de tablas y figuras

Tabla 1 Presupuesto.....	48
Tabla 2 Cronograma	50
Tabla 3 Caracterización de los estudios.....	55
Tabla 4 Indicadores bibliométricos	60
Tabla 5 Caracterización del diseño metodológico.....	71
Tabla 6 Caracterización de la muestra.....	76

Figuras

Figura 1 Diagrama de flujo para la selección de datos.....	53
--	----

Introducción

La violencia de pareja es un fenómeno que ha tomado gran importancia en los últimos años, debido al alto porcentaje de mujeres que han sufrido violencia. Por lo tanto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujer, 2014) hace hincapié en este tema y apoya múltiples programas que aporten significativamente a la vida de las mujeres que han sido maltratadas. Sin embargo, existe escasa información respecto a la efectividad de los programas de intervención para mujeres víctimas de violencia de pareja, por lo que se hace necesario generar estudios que investiguen o evalúen de manera rigurosa las intervenciones más eficaces para este tipo de población; en ese sentido, esta investigación pretende evaluar la evidencia empírica de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctima de violencia de pareja, de manera que permita ampliar, profundizar y orientar nuevos estudios investigativos, y así mismo a contribuir en la eficiencia de intervenciones a cargo de los profesionales de la salud.

Teóricamente esta investigación se enmarca en los supuestos del enfoque cognitivo-conductual, sus objetivos de intervención y los requisitos de los tratamientos psicológicos basados en evidencia. Con respecto a la violencia de pareja, inicialmente se describe la evolución histórica y conceptual de la “violencia” así como los diferentes tipos que se presentan y su relación con la salud mental. Por último, se describe qué es una revisión sistemática, cuáles son sus características, qué procedimientos se deben llevar a cabo para ejecutarla y su relevancia en el área investigativa.

El análisis se realizó con base en un proceso de recolección de datos explícito y riguroso, por medio de un banco de códigos de búsqueda compuesto por la tipología metodológica de los estudios, el constructo clínico de medición, once bases de datos indagadas, con la utilización del operador booleano “AND”. Así mismo, el proceso de extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica se dio bajo las consideraciones establecidas en el Manual Cochrane, y por la Colaboración Campbell y la Declaración Prisma Elementos de Informes Preferidos para revisiones sistemáticas (PRISMA por sus siglas en inglés) (Higgins & Green, 2011, The Campbell Collaboration, 2014 y Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Definición del problema

Planteamiento del problema

Para el desarrollo de una sociedad eficiente y productiva, se hace necesario que todos los miembros que la conforman desarrollen al máximo sus potenciales; garantizando los derechos sin distinción de género o grupo social al que pertenezcan; en especial el derecho a la salud que está directamente ligado con el concepto de bienestar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea un concepto integral en que la salud, es entendida como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018).

Del mismo modo la OMS (2018) sugiere que existen varios factores que perturban e interfieren en el alcance de este estado de bienestar, específicamente la salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales. Así mismo, el deterioro en la salud mental se asocia a cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, salud física deficiente y a las violaciones de los derechos humanos (OMS, 2018).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU MUJER, 2014) a nivel mundial el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual; casi el 30% de las mujeres que han permanecido en una relación han sido víctimas de este tipo de violencia por parte de su pareja, elevándose la cifra hasta el 38% en algunas regiones (ONU, 2014). La violencia contra la mujer registra más muertes y mutilaciones que las registradas en las guerras, de acuerdo con La ONU MUJER (2018) aproximadamente 87,000 mujeres fueron asesinadas en el 2017, alrededor de 50,000 fueron asesinadas por sus

parejas o algún miembro de su propia familia; aproximadamente 30,000 mujeres fueron asesinadas por su actual o expareja. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud expresa que un tercio de las mujeres en el mundo son víctimas de la violencia de género: feminicidio, tráfico de personas, agresión sexual y violencia doméstica (OMS, 2013).

En Colombia el panorama es desalentador, el informe de violencia de género 2015 arrojó 57.815 casos de mujeres víctimas mientras que los casos reportados de los hombres la cifra fue de 16.099. Si bien es una problemática que está presente y que afecta a la población en general, es evidente que la mayoría de las víctimas son mujeres; llegando a triplicar los casos respecto a los hombres (Instituto Nacional de Salud, 2015).

En el mismo orden de ideas, según el Ministerio de salud y protección social (2018) en el año 2017 se reportaron 98.999 casos de violencia de género e intrafamiliar, siendo el 77% de los casos presentados en las mujeres y la gran mayoría de estos se dieron en forma de violencia física. Los datos que registra Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF] (2019) evidencian que la mujer pertenece a un grupo vulnerable en cuanto a violencia de pareja, mientras que el total de hombres violentados por su pareja es de un total de aproximadamente 27 casos, en comparación de la mujer que se registra 275 casos, de diferentes regiones del país; Atlántico, Bolívar, Magdalena, la Guajira, Sucre y San Andrés (INMLCF, 2019).

Según la encuesta nacional demografía y salud (ENDS, 2015) indica que en Colombia aproximadamente 31,9% de las mujeres han reportado o denunciado violencia física, así mismo el 7,6% han sufrido violencia sexual; el 31,1% han sido víctimas de violencia económica y del 4,4% han expresado ser víctimas de violencia patrimonial. Por su parte la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) considera

que aproximadamente la mitad de las mujeres que han muerto de forma violenta a nivel mundial han sido asesinadas por su propia familia (Brysk, 2017).

Por otro lado, se estima que la violencia contra la mujer acarrea costos económicos y sociales en términos de incapacidades laborales, pérdida del trabajo, pérdida de salarios, dificultades para desarrollar labores, en el acceso a la atención médica o psicológica aunado a esto los costos judiciales, la provisión de recursos, menor productividad y descenso de la calidad de vida (OMS, 2018); limitando su participación plena en la sociedad, así como su acceso a la educación o en la economía y genera barreras en el desarrollo de la igualdad de género (Banco Mundial, 2017). A nivel nacional, un estudio financiado por Fonade "Costos sociales y económicos de la Violencia Intrafamiliar en Colombia" en el 2008, determinó que Colombia invierte \$8,7 billones por año; lo cual es aproximadamente un 4% del PIB del país; un costo elevado (Buitrago, 2008).

Salas (2005) plantea que los factores que mejor explican que una mujer sufra de maltrato por parte de su compañero, son el bajo nivel educativo de la mujer, que al mismo tiempo reduce las oportunidades de emplearse y, por tanto, los ingresos de esta y del hogar. Esto da inicio a una relación de dominación sumisión, lo cual en muchas ocasiones termina en violencia física y en muchos otros permanece encubierta presentándose en forma de violencia psicológica, esta última no se considera en la sociedad una forma de violencia, dado que se enmascara como parte de los patrones culturales (Guedes, García y Bott, 2014).

Diversos estudios evidencian la afectación psicológica de la mujer víctima de este tipo de violencia, por ejemplo *The Office on Women's Health* (OWH, 2019) reporta la presencia de Trastornos mentales por experiencias impactantes o atemorizantes, asociado a síntomas como dificultades para dormir o tener pensamientos negativos recurrentes; autores como Molina y Moreno, (2015); López y Sánchez-Loyo, (2015); Silva, Kerber, Santos,

Oliveira, Silva y Dos Santos, (2012) menciona que puede desarrollarse depresión o ansiedad que pueden ir agravándose al no tratarse en los tiempos oportunos, así como trastornos alimentarios y del sueño, trastornos psicosomáticos, baja autoestima, conducta sexual insegura, tabaquismo, conducta suicida y autodestructiva; debido a que se ven desbordadas sus capacidades de afrontamiento y resolución de problemas, el 90% de las mujeres que sufren de algún tipo de violencia sin recurrir a ayuda profesional acuden al abuso de alcohol, drogas y alteraciones de la conducta alimentaria (OWH, 2019).

Muchas de las mujeres víctimas de violencia de pareja son madres, algunos estudios (Corsi, 1994; Profamilia, 2000; Aguiar, 2002) sugieren que el contacto temprano con la violencia dentro del hogar bien sea como testigo o víctima, puede marcar el comienzo de un patrón de vida en el que se emplea y legitima la violencia para la resolución de conflictos interpersonales y ejercer control sobre los demás (Vargas, 2017). Se ha estudiado a profundidad el impacto que tiene ser testigo violencia doméstica o de pareja en la infancia y de acuerdo con diversos autores son muy altas las probabilidades de que los niños tienden a ser violentos en la edad adulta mientras que las niñas que crecen expuestas a la violencia serían más vulnerables a ser víctimas en la adultez (Barón, 2010; Cárdenas & Polo, 2014; Pietri y Bonnet, 2017).

Según la ONU Mujer (2018) menos del 40% de las mujeres que sufren violencia buscan ayuda a sus familiares o amigos, pero muy pocas tienen confianza en instituciones y mecanismos oficiales, así mismo no confían en la policía o los servicios de salud. Lo que demuestra que las mujeres se encuentran en una situación crítica, ya que no acuden a los sitios donde se les puede brindar ayuda, por falta de confianza en estas entidades o por miedo de recurrir a ellas; y aquellas que recurren en muchas ocasiones no reciben un proceso adecuado, lo que ocasiona que la desconfianza en estas entidades aumente (ONU

Mujer, 2018). La problemática de la violencia doméstica contra la mujer no acaba con el impacto en la salud mental, por el contrario, se agudiza en la medida que se revictimiza a la mujer en ciertas intervenciones, aunque se reporta la existencia de diversos programas de intervención que han tenido éxito y han causado un impacto positivo en mujeres víctima de violencia doméstica; son evidentes las falencias que presentan (Lundy y Grossman, 2001). Según algunos autores las intervenciones cuentan con poca investigación clínica para determinar su eficacia, otras presentan limitaciones relacionadas con las características de la mujer, exclusivos para trastornos de estrés postraumático (Lundy y Grossman, 2001; Cohen, Field, Campbell & Hien, 2013) que aunque evidencian eficacia no todas las víctimas lo padecen, además algunos programas de este tipo incorporan la exposición al estímulo, lo que es contraindicado para mujeres víctimas puesto que generar habituación a estímulos temidos, aumentando el riesgo de victimización y desensibilización de la violencia (Johnson y Zlotnick, 2006).

Por otra parte, ciertas intervenciones requieren que las mujeres vivan en casas de acogida o haber terminado la relación con el agresor (Zlotnick, Capezza y Parker, 2011). Respecto a la puesta en marcha de estas intervenciones, si bien se ofrece asesoría psicológica y atención jurídica, se considera que el tiempo ofrecido es muy corto; de dos a cinco sesiones según el programa, lo cual no disminuye los riesgos de sufrir violencia ni poder lograr un cambio en el hogar (Mateus, 2009). Las herramientas que brindan como talleres, conversatorios y charlas de sensibilización, no generan transformación real en la comunidad, en este caso se habla de intervenciones realizadas en la localidad de Suba (Bogotá) donde se identifican las falencias durante la etapa de elaboración del diseño de intervención; no se planean procesos de evaluación formales y reflexivos, bajo metodologías e instrumentos previamente contruidos, de esta misma manera se evidencia

escaso personal operativo, poca cobertura de las acciones, duración insuficiente en la prestación de los servicios y ausencia de control sobre las variables de desempeño (Mateus, 2009).

Al indagar en la literatura existente, se hallaron dos revisiones sistemáticas orientadas a estudiar exclusivamente la población varonil (Carrasco-Portiño, Vives-Cases, Gil-González, Álvarez-Dardet, 2007, Bolaños y Hernández, 2018). En cuanto a investigaciones que realicen revisión sistemática en población femenina, se hallaron varias revisiones que no delimitan el enfoque de intervención de los estudios (Jaafar, Janssen, Howard, Dowswell, 2013; Azam, Naylor, Croot, O'Cathain, 2014; Hackett, T. McWhirter, Leshner, 2015; Trabold, McMahon, Alsobrooks, Whitney y Mittal, 2018).

Por otra parte, se encontraron revisiones sistemáticas (Tirado-Muñoz, Gilchrist, Farré, Hegarty & Torrens, 2014; Gomes, Carvalho, Fermann, Crestani, Habigzang, 2019) con el objetivo de identificar protocolos y eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para reducir la violencia física, psicológica, sexual o de cualquier pareja íntima, las fechas de búsqueda oscilaron de 1990 a 2014 y de 2005 a 2015. Eso evidencia la falta de inclusión de programas actuales en las revisiones.

Con base a lo anterior, exploración de la literatura sugiere un vacío investigativo en torno a revisiones sistemáticas con información actualizada enfocadas a evaluar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja.

Formulación del problema

Ante este panorama científico, la presente investigación pretende consolidar la información relevante de los programas de intervención cognitivos conductuales, a través

de la elaboración de una revisión sistemática que responda a la siguiente pregunta problema: *¿Cuál es la evidencia empírica que presentan los programas de intervención cognitivo-conductual para la atención de mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años?*

Justificación

La violencia contra la mujer constituye una problemática mundial, que afecta todas las dimensiones humanas y sociales, debido a que es un fenómeno que reporta altos índices en todas las regiones del mundo y que aumenta diariamente (OMS, 2018).

El presente estudio nutre los lineamientos de la OMS (2019) en favor del bienestar social, cuyo objetivo fundamental es fortalecer los sistemas de salud en el mundo, ya que no se ofrecen servicios adecuados y equitativos a toda la población, por lo tanto, la OMS toma como pilar 4 aspectos: a) un marco de acción único compuesto de seis elementos básicos, b) programas en pro de los sistemas de salud y el mejoramiento de la salud destinados a obtener resultados. c) una acción más eficaz en los países y d) una participación en la definición de la acción internacional en favor de los sistemas de salud.

Cada uno de los cuatro pilares mencionados, apuntan a mejorar la calidad y ampliar el sistema de salud que se ofrecen a la comunidad, colocando como prioridad las estrategias de la OMS para que así estos fortalezcan los sistemas y los servicios de salud sin tardanza y de esta manera contribuir a salvar millones de vidas (OMS, 2019).

De acuerdo con el *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children* (WHO, 2016), es de crucial importancia desarrollar intervenciones eficaces y elaborar directrices e instrumentos para hacer frente a

la violencia contra las mujeres. Conocer la eficacia de los programas dirigidos a las mujeres víctimas de violencia doméstica, brinda información para el desarrollo de futuras intervenciones con respecto a esta población.

Entidades como las Naciones Unidas (ONU) tratan de fortalecer los esfuerzos de muchos países con respecto a la violencia contra la mujer, dando respuestas a diversos aspectos que necesitan solución, por ejemplo: aplicación de los marcos jurídico y de políticas que orientan los esfuerzos de todo el sistema de las Naciones Unidas por prevenir y eliminar la violencia contra la mujer, reunión de datos e investigación, elevación del nivel de conciencia, comunicación y difusión de buenas prácticas, respuesta coordinada a nivel nacional, movilización de recursos, mecanismos de coordinación a nivel internacional (ONU, 2006).

Asimismo, esta investigación pretende aportar, como lo expresa la ONU (2006), en la escasa información existente respecto a la elaboración o creación de metodologías que permitan encontrar aquellos datos necesarios para poner fin a la violencia contra las mujeres o por lo menos enfrentar esta problemática social. Es importante mencionar que no se ha investigado o evaluado de manera rigurosa las prácticas de intervenciones más eficaces para esta población, si bien se encuentran ensayos donde se comparte la importancia de una intervención en comparación a otra, no es suficiente, lo que hace que se convierta en un asunto urgente, el cual es: Evaluar los programas de intervención.

De igual manera, se busca aportar al cumplimiento de los objetivos del desarrollo Sostenible [ODS], propuestos por el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2006) en el objetivo de “*salud y bienestar*” ya que insta a emprender acciones que permitan el diseño o la mejora de herramientas de evaluación e intervención para reducir la

mortalidad por enfermedades no transmisibles como es el caso de los trastornos mentales, particularmente los que padecen las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Lo anterior impactaría positivamente en el progreso de los países, abordando desde el estudio de la efectividad de las intervenciones, puesto que, si en la sociedad se encuentran mujeres sanas tanto física como mentalmente, van a poder contribuir en la economía o producción no solo de las empresas donde laboran, sino que también financieramente en sus hogares y finalmente en la disminución de costos del Estado y aumentar de esta manera la producción del país.

Esta investigación se enmarca en las propuestas del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (PND, 2018) en el apartado “Pacto de equidad para las mujeres”, en la línea Derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, en el objetivo 2: fortalecer la institucionalidad encargada de la prevención, atención y protección de las mujeres víctimas de la violencia de género, esto se logrará mediante la identificación y visibilización de los aspectos eficientes e ineficientes de las intervenciones realizadas a mujeres víctimas de violencia, lo cual pretende enriquecer la generación de nuevas estrategias de intervención.

Así mismo se hace indispensable la aplicación de políticas públicas del Gobierno Nacional de Colombia enfocadas en la atención y prevención de la salud mental en mujeres víctimas de violencia; debido a que su aplicación contribuye al bienestar físico y mental (Ministerio de salud y protección social, 2018).

Tal como se mencionó anteriormente, el costo económico que genera la violencia contra la mujer es elevado, de manera directa se incluyen el servicio de tratamientos para mujeres y sus hijos; así mismo para enjuiciar a los agresores, de manera indirecta el costo que deja este tipo de violencia en las mujeres se puede ver reflejado en pérdida del empleo y lo que representa el dolor que queda en el ser humano (United Nations Secretary-

General Campaign, 2009). La violencia contra a mujer genera un impacto significativo en la economía de un país, debido a que se pierde entre el 1,6% y el 4% del Producto Interno Bruto en América Latina y el Caribe (Banco Interamericano de desarrollo, 2020 [BDI]).

De acuerdo con Billings, González-Focke, Santoyo y Rivas-Oropeza (2008), es de suma importancia estudiar los efectos de las intervenciones de violencia de pareja, debido al vacío metodológico en cuanto a que no se reportan suficientes intervenciones para esta población, además de no registrar suficiente evidencia acerca de su eficacia. Está carencia de datos impiden que políticamente tomen decisiones para intervenir en esta problemática (Bolaños y Hernández, 2018).

En ese orden de ideas, cabe destacar que los programas de intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia doméstica merecen especial atención y análisis. Respecto a la revisión sistemática, Vidal, Oramas y Radamés (2015) plantean que proporciona un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud. Además, son muy útiles en la aplicación de la evidencia para la toma de decisiones en la administración en salud; sirven como base para la confección de guías de práctica clínica o análisis económicos, de decisión o evaluación del riesgo. Al realizar esta revisión sistemática se podrán identificar las fortalezas y debilidades de los procesos de intervención que se están realizando actualmente; lo que a su vez implica que esta servirá como guía para generar procesos más eficientes y mitigar futuros errores en próximas intervenciones.

Esta investigación además contribuye a la línea institucional de la Universidad de la Costa desarrollo sostenible, específicamente en la línea de neurociencia cognitiva y salud mental, la cual se suscribe al grupo de investigación cultura, educación y sociedad, y fundamenta el semillero Cognitivo-Conductual.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la evidencia empírica de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años.

Objetivos específicos

- Identificar los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años.
- Caracterizar los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años en términos del diseño, aplicación e impacto.
- Comparar la evidencia científica de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años.

Marco teórico

En este apartado se abordará la fundamentación teórica de este estudio, donde se tienen en cuenta las definiciones de violencia, los tipos de violencia que se presentan y su relación con la salud mental, asimismo se profundizará en el enfoque cognitivo-conductual, sus objetivos de intervención y los requisitos de los tratamientos psicológicos basados en evidencia. Por último, se describe qué es una revisión sistemática, cuáles son sus características, qué procedimientos se deben llevar a cabo para ejecutarla y su relevancia en el área investigativa.

Evolución histórica y conceptual de la violencia doméstica

A lo largo del tiempo han surgido muchas definiciones de violencia, ya que es un fenómeno que siempre ha estado presente en la sociedad y que no distingue raza o estrato social, sin embargo, establecer un concepto unánime ha sido complicado, es importante antes de adentrarnos al recorrido que ha tenido la definición de violencia, conocer de dónde proviene la palabra, el cual se deriva del latín vis “fuerza, vigor, potencia” y latus “llevar o transportar”. En ese orden de ideas González (2000) expresa que violencia en su componente etimológico, significa trasladar o aplicar la fuerza a alguien o a algo. En su sentido más convencional se refiere a un ataque o a un abuso energético sobre las personas, por medios físicos o psicológicos. De hecho, la violencia está muy ligada a lo que es el problema de poder, en muchos casos es entendida como una forma de poder, así mismo, la capacidad de actuar según los propios deseos y el deseo de dominar al otro (González, 2000).

Cuando la violencia se asume en su dimensión política, algunos autores (González, 2000) definen la violencia como “el uso ilegítimo o ilegal de la fuerza” para así diferenciarla de violencia legítima. Sin embargo, la violencia no solo se entiende como la fuerza física que se impone sobre otra persona, al pasar los años el concepto se fue ampliando hacia las maneras de violentar psíquica y simbólicamente.

Uno de los conceptos pioneros en abordar diversos componentes es planteado por Johan Galtung (1995) quien expresa que “La violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales” entendiéndose como realizaciones efectivas, a todo acto que se lleve a cabo. Percibiendo así la violencia como el momento en que los seres humanos se ven intervenidos por otros o intervienen a otros, de

tal forma que las acciones de su cotidianidad bien sean de carácter físico o mental, están por debajo de sus potencialidades (y así mismo de sus capacidades). Por otra parte, Sanmartín (2008) expresa que la violencia es “cualquier acción u omisión intencional que daña o puede dañar a un individuo y que, en último extremo, perturba o restringe su capacidad para diseñar la vida en libertad”.

Las instituciones sociales, de la salud, gubernamentales y judiciales también han definido el término, así, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) se define la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Este concepto vislumbra la violencia interpersonal desde comportamientos suicidas hasta conflictos armados. Estas acciones a menudo pueden tener evidencias implícitas, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades (OMS, 2002).

Del mismo modo el año 1994 la ONU publicó un artículo que aborda de manera clara este tipo de violencia, es decir, la violencia contra la mujer, fue la primera Resolución aprobada internacionalmente donde expone el concepto de violencia contra la mujer y las maneras en las que se da este tipo de violencia, entendiéndose violencia de género como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1994, p.2). Así mismo, se habla de violencia según las Naciones Unidas cuando: a)

se da en contexto familiar, los cuales pueden incluir malos tratos, mutilación genital, violación por parte del marido, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia, entre otros; b) se da en el contexto de la sociedad en general y puede incluir: violación, abuso sexual, acoso e intimidación, entre otras; c) se da en el contexto por el Estado donde quiera que ocurra.

En el contexto colombiano, la Ley 1257 de 2008 en el artículo 2 expresa que la violencia contra la mujer es cualquier acción u omisión, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. Desde que se reconoció como una problemática grave la violencia contra la mujer se le ha dado gran importancia.

Actualmente existe una polémica acerca de la diferencia entre violencia de género y violencia doméstica, tal como se mencionó anteriormente la violencia de género se refiere a todo acto que atente contra la integridad de la mujer, no solo desde el nivel familiar sino desde el ámbito social, con la premisa que se agrede a la mujer solo por ser mujer (Adam, 2013).

Para hablar de violencia doméstica, se destaca que “es un patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja, se caracteriza por una serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir el abuso físico, emocional y el abuso sexual” Walker (1984). La violencia doméstica requiere una característica importante; sucede en el contexto familiar y el abuso se da por parte de la pareja. Existen otras definiciones del maltrato doméstico que lo definen como “agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar, y que causan daño físico o vulneran la libertad de otra persona” (Torres y Espada, 1996).

Por lo tanto, para hablar de violencia doméstica hay que tener en cuenta que se presenta en el contexto familiar y muchas son las cifras que resaltan que el principal agresor es el compañero de la mujer agredida, en cuanto a la violencia de género se relaciona con el papel que juega la mujer en la sociedad. Teniendo estos dos conceptos un elemento en común y es que se vulnera la integridad de la mujer, aunque existen autores que separan estos dos conceptos, son más las similitudes que se tiene que las diferencias. Si bien la mujer es considerada como una víctima vulnerable, en la violencia doméstica no solo se refiere a ella sino a cualquier sujeto que sea frágil o indefenso (Adam, 2013).

En ese sentido, con el fin de evitar confusiones se utiliza el término “violencia contra la mujer” siendo el término más reconocido a nivel universal. La (Ley N° 42, 2005) la Igualdad de Mujeres y Hombres expresa que violencia contra la mujer es “... cualquier acto violento por razón del sexo que resulte, o pueda resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos” Tal como se menciona, cualquier sujeto que atente contra una mujer por pertenecer a ese sexo, está cometiendo violencia de género.

La organización Mundial de la Salud (2013), se refiere a violencia de pareja como a cualquier comportamiento, que se de en un contexto de relación íntima, que ocasione o pueda causar algún daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación, algunas acciones que menciona la OMS son; agresiones físicas (abofetear, golpear, patear o pegar), violencia sexual (relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual), maltrato emocional (mediante insultos, denigración, humillación constante o intimidación, amenazas de causar daño o de llevarse a los hijos), comportamientos controladores y dominantes (aislar a una persona de sus familiares y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica) (OMS, 2013).

Así mismo, Moral y López (2012) definen la violencia de pareja como un ejercicio de poder por medio de acciones u omisiones, que dañan o controlan a aquella persona con la que se mantiene el vínculo íntimo. Estas acciones se pueden presentar en el noviazgo, matrimonio o cohabitación (relación amorosa entre dos personas que conviven con o sin intención de casarse y que puede tener un reconocimiento legal distinto al matrimonio).

Al analizar este tipo de violencia se debe tener presente que no se realiza distinción en cuanto a orientación sexual, se puede dar en el contexto de una pareja heterosexual o en parejas homosexuales y del mismo modo, no se refiere exclusivamente a aquellas relaciones en las cuales hay intimidad sexual (López, Moral, Loving y Cienfuegos, 2012; Sugg, 2015; Turvey, 2009). Se caracteriza por seguir una dinámica repetitiva en el tiempo y generalmente aumenta en frecuencia y gravedad, iniciando su aparición con efectos secundarios como discusiones, culpabilidad o celos; posterior a esto escala a una fase de maltrato, lo que finalmente lleva a una fase llamada “luna de miel” el cual consiste en regalos, excusas, llevando a la pareja a ubicarse en el inicio del ciclo y continuar con este. Constituyéndose así la violencia de pareja como un componente de la violencia doméstica, diferenciándose con que esta última comprende todo tipo de abuso entre otros miembros de la familia (Arroyo, 2016; Bogantes, 2008; Gunter, 2007).

Existen diferentes modalidades de violencia de pareja, autores como Johnson en el 2006, 2008, 2011 las clasifica según el nivel de control ejercido: violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo y violencia situacional; esta última se subdivide en Violencia situacional asociada a los conflictos de pareja y Violencia situacional asociada a la gestión de la ruptura de pareja (Muñoz y Echeburúa, 2016). La violencia coactiva se entiende como un patrón de comportamientos violentos continuos y de intensidad creciente, donde la mayor motivación del agresor es el control de su pareja (Rodríguez-Carballeira, Almendros,

Escartín, Porrúa, Martín-Peña, Javaloy, y Carroble, 2005). Por otra parte, la violencia situacional asociada a los conflictos de pareja radica en la dificultad o escasez de estrategias para afrontar los problemas por falencias comunicativas (Muñoz y Echeburúa, 2016) y respecto a la violencia situacional asociada a la gestión de la ruptura; generalmente no viene precedida de actos violentos, sino que se da a partir de la dificultad de asimilar el fin de la relación amorosa (Muñoz y Echeburúa, 2016).

Diversos estudios (Labrador, Paz, De Luis y Fernández-Velasco, 2004; Porrúa, Rodríguez-Carballeira, Almendros, Escartín, Martín-Peña, y Saldaña, 2010), plantean que algunas de las conductas de abuso psicológico en la relación de pareja son las siguientes: intimidación, aislamiento, uso de amenazas, sometimiento económico, confundir cognitivamente a la víctima, abuso emocional, utilización de los menores, acoso, entre otros.

Si bien es cierto que hay varias repercusiones de la violencia, a saber, física, económica, sexual y psicológica, al hablar de sufrimiento hay un elemento en común: el daño que se provoca en la salud mental de la mujer. Siendo uno de los predominantes el sentimiento de inferioridad e impotencia, reflejándose en la desorganización de la conducta, incredulidad o negación de lo vivido, conmoción, depresión y miedo (Vieyra, Gurrola, Balcázar, Bonilla, Virseda, 2009). Según algunos estudios (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999; Simpson, Doss, Wheeler & Christensen, 2007) los factores de la salud mental que se ven mayormente afectados son las áreas de somatización, depresión, sensibilidad interpersonal y psicoticismo. Asimismo, indican que vivir o haber vivido violencia deja secuelas psicológicas que se traducen en sintomatología depresiva mayor.

Teniendo en cuenta las afectaciones psicológicas que padecen las víctimas de violencia y la complejidad que esto conlleva, los tratamientos psicológicos utilizados para

esta población deben pasar por una serie de pruebas y controles científicos, sin embargo, no todos los tratamientos han sido evaluados con rigurosidad respecto a su eficiencia, se recomienda tener en cuenta que tipo de problema se va a tratar para escoger asertivamente cual es el programa más adecuado a implementar, ya que de ello depende el éxito de la intervención. Para un tratamiento psicológico eficaz se recomienda principalmente trazar objetivos de intervención claros, debido a que esto permite centrarse en la solución del problema inmediato. Si no se tienen objetivos identificados posiblemente se dilata en el tiempo la intervención y no se obtienen resultados óptimos (Asamblea anual de la sociedad española, 2002).

Enfoque Cognitivo Conductual

La historia del enfoque cognitivo-conductual está conectada directamente con el inicio de la psicología como disciplina científica, este enfoque hace aparición principalmente como alternativa del enfoque psicoanalítico, partiendo de la idea de que la conducta ya sea adaptada o desadaptada es aprendida y se puede cambiar o modificar teniendo en cuenta los principios del aprendizaje, este paradigma dio un giro en el enfoque de los terapeutas; pasando de centrarse a los conflictos y estructuras, a interesarse por el comportamiento observable y el contexto de los pacientes (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

Terapia conductual

Uno de los pioneros de la Terapia Conductual (TC) es Iván Pávlov (1849-1936) cuyo principal interés fue estudiar los reflejos para comprender la actividad cerebral y así la conducta, lo cual lo llevaría a estudiar directamente los procesos de los reflejos, tales como la extinción, generalización, recuperación espontánea, la inhibición, el bloqueo o la discriminación. Dando así origen al condicionamiento clásico; donde se encuentran grandes

autores como John Watson (1878-1958) comenzando en la época del siglo XX en la denominada revolución conductista, representada principalmente por Estímulo y respuesta (E-R), dejando a un lado la conciencia ya que se consideraba que no se acercaba al conocimiento científico (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

Watson mediante un experimento aplica los principios del condicionamiento clásico, con el objetivo de remitir la fobia de un niño, da inicio a las bases del conductismo, siendo uno de los pioneros en este enfoque, por otra parte Skinner hacia el año 1930, plantea la existencia de otro tipo de aprendizaje llamado Aprendizaje instrumental y Operante, que consiste en que los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen, en función de las consecuencias que le sigue, los que posteriormente formó la base para la terapia de Aprendizaje (Minici, Rivadeneira, y Dahab, 2001).

Así mismo, Albert Bandura en el año 1960, da inicio a nuevas investigaciones acerca del lugar que tiene la imitación en los procesos de aprendizaje, desarrollando la teoría del aprendizaje social, donde se afirma que el aprendizaje no solo se genera a partir de la experiencia directa y personal, sino que también en la observación de las otras personas, así como la información que se recibe por el ambiente en el que se desenvuelve por medio de símbolos verbales o visuales (Minici *et al.*, 2001).

Terapia Cognitiva

Siguiendo esta línea de los mayores representantes de la terapia cognitiva, se destacan Aaron Beck con la Terapia Cognitiva y Albert Ellis en la Terapia Racional Emotiva, quienes coinciden en que los pensamientos influyen en las emociones, siendo enfáticos que no toda la vida emocional depende de los pensamientos, así mismo, afirman que el pensamiento del individuo refleja un sistema de interpretación del mundo; un

conjunto de supuestos, creencias y reglas que por lo general no son conocidos por las personas (Minici *et al.*, 2001).

Terapia Cognitivo Conductual

Minici, Rivadeneira y Dahab (2001) mencionan cuatro pilares de la terapia cognitivo conductual (TCC): Aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo, aunque a partir de aquí se derivan múltiples líneas de investigaciones contemporáneas que nutren la esencia de esta terapia. La intervención se estructura en tres pasos: en el inicial se formula la hipótesis explicativa acerca de los problemas que trae la persona y se trazan los objetivos del tratamiento. Seguido a esto, se refiere a la intervención terapéutica, donde se emplean técnicas orientadas a los objetivos planteados y la última parte consiste en el seguimiento, es decir la valoración de la aplicación del programa terapéutico, y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

Por lo tanto, TCC se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas, mediante la modificación de los procesos cognitivos (Kaplan, Thompson, & Searson, 1995). La TCC se basa en el supuesto de que las emociones y conductas, constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones, en consecuencia, las intervenciones cognitivas-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar. La Terapia Cognitivo-Conductual se interesa en comprender la manera de interpretar los hechos y experiencias, identificar y modificar las distorsiones o los déficits que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo. Las intervenciones cognitivas conductuales se concentran en el

presente, abordando los problemas y las dificultades actuales, sin afectar o tocar traumas del pasado (Stallard, 2007).

El objetivo principal de la TCC es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, así como facilitar una mejor comprensión y mejorar el autocontrol. Del mismo modo, ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser negativos, sesgados y autocríticos: con la finalidad de adquirir nuevas habilidades cognitivas y conductuales que permitan afrontar con éxito y de una forma más apropiada toda una serie de situaciones nuevas y difíciles para el individuo (Stallard, 2007).

Los tratamientos psicológicos, son una intervención profesional enfocada en orientar al ser humano a comprender sus problemas, reducir, prevenir o superar la ocurrencia de estos y a mejorar las capacidades personales (Bados, 2008). Un tratamiento no es más que la intervención sobre los problemas ya consolidados, algunos tipos de intervención pueden ser: psicoanálisis, terapia psicodinámica, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, análisis transaccional, terapia sistémica, cada una con un objetivo en específico: resolver conflictos inconscientes (enfoque psicoanalítico), ayudar a aceptarse a sí mismo (terapia no directiva), integrar sentimientos conflictivos (terapia Gestalt), encontrar un significado a la vida (psicoterapia existencial), modificar creencias negativas (terapias cognitivas), lograr comportamientos adaptativos (terapia de conducta) o conseguir combinaciones de estos objetivos (enfoques eclécticos). Dichas intervenciones se pueden aplicar a individuos, parejas, familias, grupos y comunidades (Bados, 2008).

El modelo cognitivo conductual es uno de los principales modelos explicativos que permite comprender la influencia que realiza las cogniciones en relación a la violencia y depresión, dentro de sus supuestos se encuentra que las percepciones de los eventos influyen tanto en las emociones como en las conductas de las personas, por lo tanto, la

terapia TCC ayuda a aliviar las alteraciones emocionales partiendo de la modificación del pensamiento disfuncional (Generali, 2020). Considerando que, la depresión es uno de los síntomas más frecuente dentro de las mujeres víctimas, la Terapia cognitivo conductual juega un papel importante en los tratamientos de depresión y violencia; tal y como lo plantea Beck, las distorsiones cognitivas repercute en la manera de cómo se procesa el mundo, ocasionando respuestas conductuales y/o emocionales. De esta manera, las mujeres que son tratadas con TCC, principalmente el objeto de trabajo de este enfoque parte de las cogniciones inflexibles o pocos funcionales que permite a la mujer víctima de violencia permanecer en una relación violenta, debido a que partiendo de ahí se modifican los pensamientos o conductas desadaptivas y así lograr una disminución en las consecuencias que trae o deja la violencia (Generali, 2020).

Terapia basada en evidencia

Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995) mencionan que los tratamientos psicológicos fundamentalmente deben estar basados en la evidencia, al elegir un tratamiento siguiendo los parámetros de la psicología, se asegura mayor probabilidad de eficacia, ya que se ha superado los criterios y controles experimentales, lo cual garantiza obtención de resultados positivos. El tratamiento basado en la evidencia puede ser: a) Eficaces, si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas, siguiendo los presupuestos señalados anteriormente. b) Efectivos, si son útiles en la práctica clínica habitual. c) Eficientes, si su aplicación obtiene los mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema (Turner *et al.*, 1995).

Durante los últimos años, se han realizado múltiples investigaciones para garantizar la eficacia de las terapias psicológicas basadas en evidencia, lo más importante actualmente es evaluar los tratamientos eficaces para ciertos trastornos concretos, haciendo uso de muestras clínicas claramente especificadas. Por lo tanto, se hace necesario cuestionar a algunas terapias cuando estas afirman que son eficaces y hacerse preguntas tales como: ¿En qué datos se basan para afirmarlo? ¿Cuáles son las pruebas que lo respaldan? estos interrogantes surgen debido a que los niveles de evidencia son diferentes según el caso (Echeburúa, Salaberria, Corral y Polo-López, 2010).

En 1989 en Estados Unidos, se creó una agencia llamada *Agency for Health Care Policy and Research*, que tiene como objetivo proporcionar información basada en evidencia, ya sea en resultados, estándares, costos y acceso a la atención médica, para así trabajar en la mejora de la calidad general de la atención de la salud (Wynne, 2016). De hecho, las guías sirven como criterios de financiación para las compañías aseguradoras, ya que les proporciona información acerca del tipo y duración de la terapia, así como para la resolución de problemáticas de demandas judiciales con respecto a una práctica profesional inadecuada o adecuada, así mismo, los profesionales y los pacientes pueden contar con información de qué tipo de ayuda ofrecer o buscar, frente a los problemas psicológicos (Echeburúa, Salaberria, Corral y Polo-López, 2010).

Los criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento de la *American Psychological Association* (APA, 2002) se organizan a partir de dos dimensiones: la primera es la eficacia, está se refiere a la evaluación sistemática y científica de si un tratamiento funciona, es decir, aquellos requisitos que permiten evaluar los puntos fuertes de la evidencia, a partir de la aplicación de un tratamiento y la mejora causal de sus síntomas. Por otra parte, la utilidad clínica es el estudio de las evidencias que existe en las

investigaciones disponibles y así mismo, el consenso clínico alcanzado con respecto a la posibilidad de generalización, viabilidad y costes-beneficios del tratamiento.

Revisión Sistemática

La intervención psicológica basada en evidencia es un recurso metodológico que apunta a optimizar la praxis profesional, haciendo énfasis en las evidencias científicas más eficientes (APA, 2005 y Sánchez-Meca y Botella, 2010). Para tal efecto se hace necesaria la exploración de estudios empíricos, sin embargo, el proceso identificar estudios pertinentes se dificulta debido a la acumulación de estudios que existe, por lo que se hace necesario recurrir a una Revisión sistemática (RS) o a un Metaanálisis (MA), ya que ambas proporcionan una estructura metodológica útil (Sánchez-Meca y Botella, 2010). Higgins y Green (2011) sugieren que las RS se encaminan a la ciencia acumulativa, facilitando la toma de decisiones al tener presente toda la evidencia del efecto de una intervención.

Las revisiones sistemáticas (RS) se pueden definir como una investigación científica en la que se resume y analiza la evidencia respecto a una pregunta específica en forma estructurada, explícita y sistemática; inicialmente se realiza la pregunta problema para luego realizar la revisión (Sánchez-Meca y Botella, 2010; Letelier, Manríquez, y Rada, 2005). La RS se usa como método para encontrar, seleccionar, analizar y sintetizar la evidencia presentada; surgen como intento de salvar las revisiones tradicionales, ya que eran netamente cualitativas y carecían de una metodología sistematizada (Sánchez-Meca y Botella, 2010; Letelier, Manríquez, y Rada, 2005).

Según Letelier, Manríquez, y Rada (2005) existen dos tipos de revisiones: RS cualitativas, en estas se presenta la evidencia en forma descriptiva, sin análisis estadístico y

en el caso de las RS Cuantitativas o metaanálisis, mediante el uso de técnicas estadísticas, se combinan cuantitativamente los resultados en un sólo estimador puntual.

Existen diferentes tipos de revisiones que se usan para diferentes propósitos, es fundamental conocer que es válido una RS sin metaanálisis, no es aceptable un metaanálisis que no derive de una RS (Letelier, Manríquez, y Rada, 2005).

Las RS son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica establecida. Al estar constituidos por múltiples artículos y fuentes de información, se identifican como el más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia. Se caracterizan principalmente por tener y describir un proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible con respecto a la efectividad de un tratamiento, diagnóstico, pronóstico, entre otras (Letelier *et al*, 2005; Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic, Villanueva, 2018).

Para la elaboración de una Revisión Sistemática, como lo menciona Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic y Villanueva (2018) se parte de una pregunta clínica específica y además estructurada, la cual determina aquellos términos que se utilizan en la búsqueda de las bases de datos y el tipo de artículos útiles para responder a la pregunta, posteriormente se realiza la búsqueda de la base de datos, selección de artículos, extracción de datos, y el análisis estadístico. Por su mismo protocolo de elaboración corresponden al mejor nivel de evidencia, ya que disminuyen al máximo el riesgo de sesgo, permitiendo, de esta forma, tomar decisiones clínicas informadas basadas en evidencia.

Los protocolos de creación de RS varían según el tipo de investigación que se genere, algunos de los protocolos más utilizados son:

- La Colaboración Cochrane es una organización internacional que tiene por objetivo aportar en la toma de decisiones sanitarias, con tres características principales; preparar, mantener y promocionar el acceso a revisiones sistemáticas basadas en evidencia (Higgins y Green, 2011). Dentro de los aportes que han generado se destaca el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, enfocado en las RSs sobre los efectos de las intervenciones (Higgins y Green, 2011).

- La Colaboración Campbell es una red internacional, su objetivo es aportar la preparación y difusión de RSs que sean de alta calidad, así como de su evidencia científica sobre la efectividad, las políticas y prácticas sociales que tienen estos programas de intervención; así es como esta red contribuye a un cambio social positivo, proporcionando mayor información sobre los servicios tanto públicos y privados a nivel internacional (The Campbell Collaboration, 2014).

- Elementos de Informes Preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA): es una guía cuyo propósito es mejorar la claridad en la publicación de revisiones sistemáticas, en ese sentido, proporciona las directrices para la publicación tanto revisiones sistemáticas como de los metaanálisis (Urrutia y Boffil, 2010). Uno de los recursos que plantea en la denominada “Declaración PRISMA” es el listado de comprobación, el cual consta de 27 ítems. Del mismo modo sugieren un diagrama de flujo bastante específico respecto a las etapas metodológicas de la Revisión Sistemática (Urrutia y Boffil, 2010).

La Colaboración Cochrane y la Colaboración Campbell, son las dos organizaciones internacionales más reconocidas en la realización de RS o estudios meta analíticos de alta calidad de la eficacia de las intervenciones, este se presenta en distintos

ámbitos que se relacionan con el que hacer del psicólogo. De esta manera, dentro del sitio web la Colaboración Cochrane se encuentran muchas RSs y MAs especialmente en el ámbito de psicología clínica, mientras que la Colaboración Campbell se puede encontrar especialmente en las áreas de la Educación, servicios sociales y la criminología (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Las revisiones sistemáticas son importantes porque aportan en el conocimiento de la ciencia en cuanto a conocer la eficacia de las intervenciones, actualmente se consideran una de las mejores herramientas para sintetizar las pruebas científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema psicológico (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Metodología

Tipo de estudio

La metodología implementada en el presente proyecto es basada en el paradigma empírico analítico, para su desarrollo se realizó un estudio teórico clásico no experimental (Montero y León, 2007) caracterizado por una temporalidad retrospectivo transversal (Higgins y Green, 2011) y con un alcance descriptivo-comparativo (Letelier, Manríquez y Rada, 2005). Y según la finalidad corresponde a una revisión sistemática, mediante la cual se efectúa la recolección, organización, evaluación y sintetización de la mejor evidencia disponible, mediante la implementación de una metodología explícita y rigurosa (Argimón y Jiménez, 2013).

Población y muestra

En este estudio se seleccionaron y sistematizaron las intervenciones, para tal efecto se tomaron de base los criterios de elegibilidad, por medio de códigos de búsqueda y se tomó la información relevante con base a los criterios de extracción; la muestra que usan dentro de las intervenciones son mujeres víctimas de violencia de pareja, cada estudio contaba con características distintas para ser parte de la intervención, ya sea vivir o no con el agresor, presentar síntomas clínicos como depresión o ansiedad, entre otras.

Instrumento y técnica

En esta revisión sistemática se utilizó como referencia las consideraciones establecidas por los siguientes manuales: el Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011), la Colaboración Campbell (The Campbell Collaboration, 2014) y la Declaración Prisma Elementos de Informes Preferidos para revisiones sistemáticas (PRISMA por sus siglas en inglés) (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Procedimiento

Durante el desarrollo de los pasos para la elaboración de la revisión sistemática se tuvo en cuenta el procedimiento establecido por el manual Cochrane (Higgins & Green, 2011) y colaboración Campbell (The Campbell Collaboration, 2014), ya que se ajustan al objetivo principal de la presente investigación, la cual consta de 6 pasos:

1. Formulación del problema.

En la presente investigación se delimitaron los siguientes elementos: 1. Constructo (Violencia de pareja), 2. Población (mujeres de 18 a 65 años), 3. Enfoque de estudios (Intervenciones cognitivos-conductuales).

2. *Formulación de los criterios de elegibilidad.*

Un punto importante en toda revisión sistemática son los criterios de elegibilidad (exclusión e inclusión), estos representan una combinación de aspectos de la pregunta problema y elementos de las especificaciones del tipo de diseño del estudio (Higgins y Green, 2011). Se tomó en cuenta las sugerencias del manual Cochrane (Higgins y Green, 2011) para seleccionar y sistematizar los estudios que cumplieran con los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión. Constructo de medición (violencia de pareja), tipo de estudios (intervenciones cognitivo-Conductual), población objetivo (mujeres entre los 18 a 65 años) e idioma (español e inglés).

Criterios de exclusión. Constructo de medición (otros contextos de violencia: violencia por conflicto armado, contextos de guerra, por condición de género), población objetivo (hombres de cualquier edad, población infantil o pacientes geriátricos).

3. *Búsqueda de la información.*

En el proceso de búsqueda de los estudios, se recomienda la inclusión de un diseño de búsqueda, el cual es influenciado directamente de los criterios de elegibilidad teniendo en cuenta los tipos de diseño, la población, los test y objetivos, es decir, basándose en los principales conceptos de la revisión sistemática (Higgins y Green, 2011; de Vet, Eisinga, Riphagen, Aertgeerts & Pewsner, 2008). Con respecto a los criterios, en la búsqueda de los estudios, se sugiere investigar en bases de datos específicas del contenido según el constructo y población objetivo, entre estos Web of Science, Scopus, ScienceDirect (Prinsen, Mookink, Bouter, Alonso, Patrick, de Vet & Terwee, 2018). Los términos de búsqueda (preferiblemente estandarizados) son útiles en la medida que aporta una forma

adecuada de recuperar artículos (Higgins y Green, 2011; de Vet *et al*, 2008); una estrategia adecuada debe contener cuatro elementos claves del objetivo de la investigación (constructo, población, tipo de intervención y propiedades de medición).

En esta investigación se utilizaron los siguientes términos de búsqueda agrupados en dos: 1. Términos metodológicos (Psychological Intervention, Psychological Program, Psychological treatment, Cognitive behavioral therapy, Intervención psicológica, Programa psicológico, Tratamiento psicológico, Terapia Cognitivo conductual) y 2. Términos clínicos del constructo (Domestic violence, Intimate partner violence, Women victims, Violencia doméstica, Violencia de pareja, Mujeres víctimas). En cuanto a las series de términos, la colaboración Cochrane recomienda que pueden ser enlazados con el operador “AND” (Higgins y Green, 2011), por lo que se utilizó dicho operador booleano, así mismo se usó el operador en español “Y” para así realizar las búsquedas de los códigos en español, combinando de esta forma los términos metodológicos y los términos clínicos del constructo. En cuanto a la búsqueda de los estudios, se diseñó un “Banco de Códigos de Búsqueda” en formato Excel (ver ANEXO), que incluye: base de datos (Scopus, Web of Science, ScienceDirect, PsycInfo y Sage Journals, Google académico, Scielo, Redalyc, Biomed BMC, Dialnet, Pubmed, Medic latina) términos metodológicos y términos clínicos del constructo, juntados con el operador booleano “AND” e “Y”, mediante la asignación de números a cada término de manera que, conjugadas entre sí y de manera coherente, se obtuvieron 24 códigos por cada base de datos, para un total general de 264 códigos de búsqueda.

4. *Preselección de las referencias y selección de los estudios incluidos.*

Higgins y Green (2011), sugieren que, durante el proceso de búsqueda de cada uno de los documentos, se registre todas las búsquedas en las bases de datos, para que estas puedan ser reproducidas. En la presente investigación el proceso, se dividen en dos fases:

Fase 1. En una tabla creada en el programa Excel (ver ANEXO) denominado “Almacenamiento inicial” donde se almacenó la información relevante como: autor(es), título de la investigación, año de publicación, resumen/abstract, país, idioma, revista y DOI, analizadas por los títulos y resúmenes, para eliminar los estudios claramente irrelevantes.

Fase 2. Selección de los estudios que constituyen la revisión, para lo cual se leyeron y examinaron los textos completos, procedimiento realizado por dos jueces con experiencia en Psicología clínica e intervención en violencia doméstica, asimismo, en diseño y validación de instrumentos psicológicos. La extracción se realizó mediante un cuadro en formato Excel (ver ANEXO) denominado “Estudios identificados”. Así mismo, la información detallada sobre el número de estudios identificados, excluidos e incluidos en el proceso de revisión se logra sintetizar en el diagrama de flujo (Moher *et al.*, 2009).

5. *Evaluación crítica y evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos.*

En el proceso de evaluación de sesgo, se tuvo en cuenta las recomendaciones del manual Cochrane (Higgins & Green, 2011), el cual resalta que las conclusiones de los efectos de una intervención dependen si aquellos datos y resultados en los estudios son válidos, por tanto, se vuelve de suma importancia en una revisión Cochrane la evaluación del riesgo de sesgo, los cuales influyen en el análisis, la interpretación y las conclusiones de la revisión. En ocasiones, no se sabe con exactitud hasta qué grado ha afectado un sesgo en una investigación, así que en el presente estudio se detalló en una tabla los artículos seleccionados para evaluarlos, puesto que es lo recomendado para este tipo de

investigación. Este proceso consiste en una evaluación basada en dominios, en la que el evaluador realiza el análisis crítico de manera independiente para cada dominio, llamados: sesgo de selección, sesgo de realización, sesgo de detección, sesgo de desgaste, sesgo de notificación y otros sesgos, para cada uno de estos se valora en “alto riesgo de sesgo”, “bajo riesgo de sesgo” y “riesgo poco claro”, según lo establecido por el Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011). Los resultados obtenidos se representan en una tabla, llamado “Características de los estudios incluidos” (Ver ANEXO).

6. Extracción de los datos.

En esta sesión representa un puente entre lo que han registrado los investigadores en los estudios primarios y lo que informa un revisor, la información a extraer debe ser aquella que permita rechazar o aceptar la hipótesis del estudio, el formulario principalmente debe incluir:

A. Información sobre los pacientes, intervención de interés, intervención control y diseño de estudio.

B. Información sobre los resultados.

C. Información sobre la calidad metodológica del estudio.

En este punto de la investigación se realizó un formulario en Excel para extraer los datos, la extracción la realizan dos investigadores con la aprobación de dos jueces externos, se tuvieron en cuenta las recomendaciones del manual Cochrane y se realizaron diferentes cuadros en formato Excel donde se depositó la información de los estudios primarios, año de publicación, autores, revistas, resultados principales y secundarios de los estudios y evaluación metodológica de estos. (Ferreira, I., Urrutia, G., y Alonso-Coello, P. 2011; Gonzales, D., Balaguer, A., 2007).

7. *Análisis y síntesis de la evidencia científica*

En este apartado de la investigación se explica las causas de las variaciones de los resultados de los artículos primarios, estas pueden ser por causa de la asignación al azar, diseño del estudio, tamaño de la muestra, cómo se midió la exposición o intervención y los resultados, los cuales se pueden interpretar de manera cuantitativa o cualitativa. (Manterola, Astudillo, Arias, y Claros, 2013). Esta síntesis se realiza mediante una metodología sistémica y reproducible, durante la redacción del mismo se describe de manera clara y detallada los resultados obtenidos, haciendo uso de tablas y figuras que fueron previamente revisadas por dos jueces externos; las recomendadas y generalmente incluidas en las declaración Campbell, se encuentra la tabla que resume las características de los estudios individuales, tabla que evalúa el riesgo de sesgo de los estudios individuales, tabla de estadísticas descriptivas para todas las características relevantes del estudio y tabla que resume los hallazgos, entre otras (The Campbell Collaboration, 2017). Las cuáles serán añadidas posteriormente, ya que son de suma importancia para la redacción del informe final de la presente investigación.

Tabla 1

Presupuesto

Rubros	Cantidades	Valor unitario	Valor total
<i>Gastos personales</i>			
Refrigerio	30	2500	75.000
Almuerzo	15	7000	105.000
Transporte	30	6000	180.000
Estudiantes investigadores			
Total parcial			360.000
<i>Materiales gastables</i>			
Copias	20	2000	
Total parcial			2000

Porcentaje de imprevisto	10%	10%	10%
<hr/> <i>Nota:</i> Descripción de los gastos derivados del proceso investigativo. Fuente: Isaza y Muslaco.			

2020

En este apartado se presenta los costos de esta investigación, lo cual se considera pertinente ya que permite dar cuenta de los bajos costos económicos requeridos durante el proceso de realización de la investigación, debido a su misma metodología que es Revisión Sistemática no requiere muchos recursos económicos para su ejecución, se evidencia que es una investigación viable de realizar.

Tabla 2

Cronograma

Cronograma			Meses de ejecución 2019-2020											
	Objetivos	Pasos para la revisión sistemática	2019					2020						
			06	07	08	09	10	03	04	05	06	07	08	09
General	Evaluar la evidencia empírica de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años.	Formulación del problema												
		Formulación de los criterios de elegibilidad												
		Búsqueda de la información												
Específicos	Caracterizar los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años en términos del diseño, aplicación e impacto.	Preselección de las referencias y selección de los estudios incluidos												
		Evaluación de la crítica y evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos												
	Comparar la evidencia científica de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 a 65 años.	Extracción de datos												
		Análisis y síntesis de la evidencia científica												

Nota: Se presenta el cronograma por pasos para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos trazados.

Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K.

Resultados

De acuerdo a los objetivos planteados para el desarrollo de la presente investigación, en este punto se muestran los principales hallazgos derivados del proceso de Revisión sistemática en relación con la eficacia de las intervenciones cognitivo conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja. En este apartado, primeramente, se reportan los estudios identificados y seleccionados, luego se plasman las características generales de los estudios en cuanto a diseño, instrumentos de medición, técnicas, etc. A la vez se registra la comparación de la evidencia de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia doméstica en términos de diseño, aplicación e impacto.

Para recopilar la evidencia científica sobre los programas de intervención cognitivo-conductual para la atención de mujeres víctimas de violencia doméstica, se diseñó un banco de búsqueda de códigos de 264 códigos, 24 por cada base de datos (Scopus, ScienceDirect, Web of Science, PsycInfo, Sage Journals, Google académico, Scielo, Redalyc, Biomed BMC, Dialnet, Pubmed y Medic Latina), de los cuales 174 fueron efectivos. La selección de los estudios constó de dos fases: En la fase uno, se preseleccionaron 870 artículos por título y resumen, en la fase dos se descartaron los artículos repetidos, en total fueron 572, resultando así 299 artículos elegibles.

En la siguiente fase, la de selección de artículos, cuatro revisores expertos evaluaron el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, eligiendo 50 artículos como los idóneos para revisión de texto completo, sin embargo se hallaron estudios que se informan en más de una publicación, teniendo en cuenta que la unidad de interés en una revisión es el estudio y no el informe, se siguió las recomendaciones del Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011) se realizó una tabla para extraer los datos de cada informe por separado y

escoger el más idóneo; así finalmente resultaron 38 artículos seleccionados. Las tablas que se presentan a continuación se realizaron siguiendo las sugerencias del Manual Cochrane, el cual da algunos ítems para considerar por parte de los revisores al momento de la extracción de datos, tales como fuentes, criterios de elegibilidad, métodos, intervenciones, desenlaces y resultados; para cada uno de estos presenta una breve explicación de qué datos se pueden extraer de manera general y así también de manera específica (Higgins & Green, 2011). La Figura 1 evidencia a detalle el procedimiento que se manejó para la búsqueda de los datos.

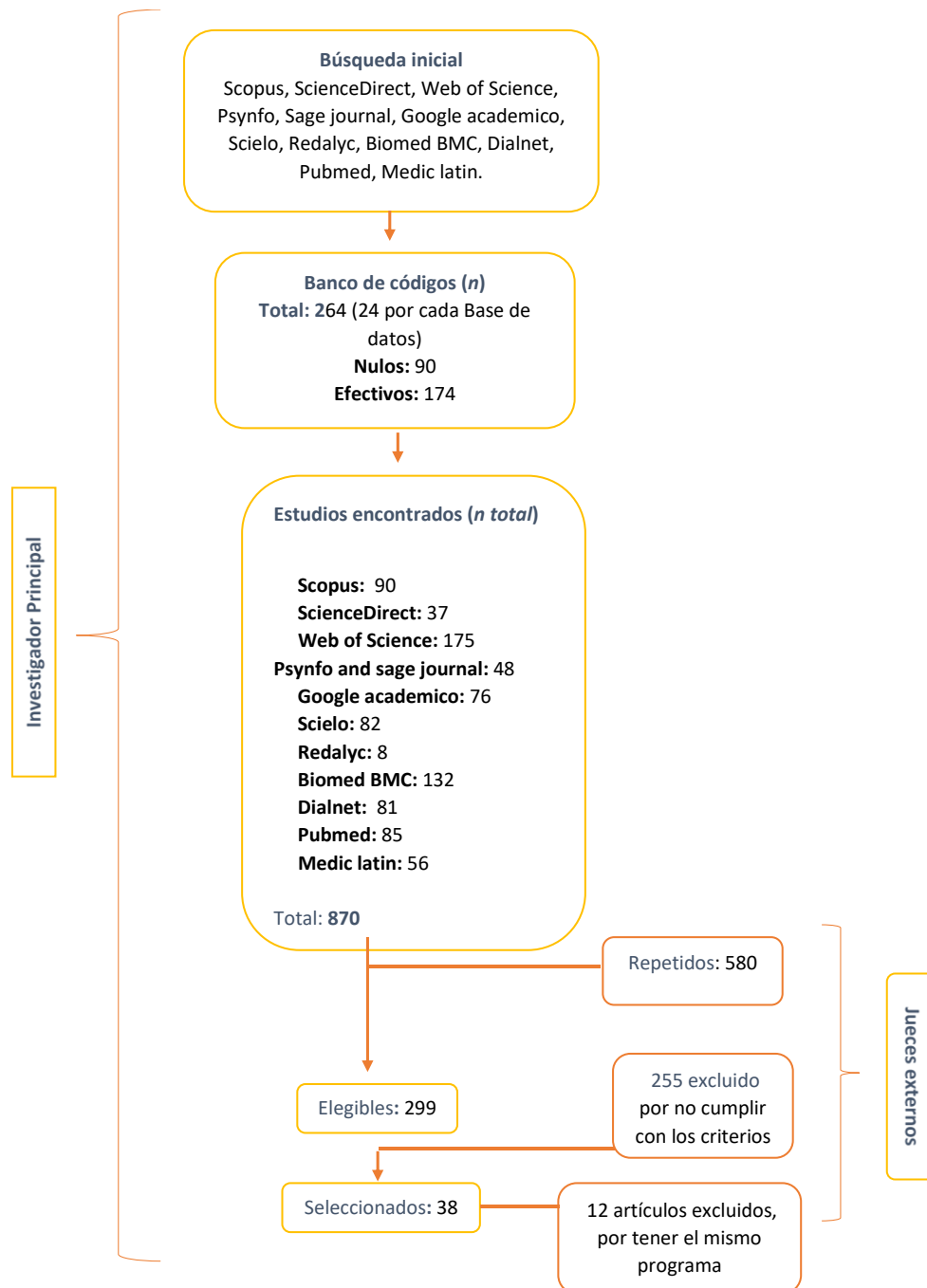


Figura 1 Diagrama de flujo para la selección de datos. Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K.

Por lo tanto, se identificaron y se seleccionaron un total de 38 estudios dirigidos al análisis en términos de diseño, aplicación e impacto de las intervenciones cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja; se excluyeron 260 por no cumplir con los criterios de elegibilidad para esta investigación.

Características de los estudios seleccionados

En la tabla 3 se describen las características generales de los estudios seleccionados, en un rango de publicación entre 2009 a 2020, aunque cabe aclarar que en esta revisión no se delimitó los años de búsqueda de los estudios; el 60,5% son estudios publicados en el idioma inglés y el 39,5% en el idioma español. En cuanto a los continentes que más estudios registraron fue Europa y América del sur con 33,3%, seguido de América del norte con 25,0% y Asia con 8,3%, solo 4 de los 38 estudios presentaron coautorías y/o colaboraciones internacionales. El tipo de estudio más prevalente entre las intervenciones fue de Ensayo Clínico con un 39,5%.

Tabla 3

Caracterización de los estudios

Referencia	Año	Tipo de estudio	Autor de correspondencia	País	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Nacionalidad	n. Participantes	Revista
Habigzang, L., Schneider, J., Frizzo, R, y de Freitas, C.	2018	Ensayo clínico	Luisa Fernanda Habigzang	Brasil	Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Brazil	NR	NR	11	Universitas Psychologica
Santos, A., Matos, M. y Machado, A.	2016	Ensayo clínico	Anita Santos	Portugal	ISMAI, Instituto Universitario Maia, Portugal	NR	NR	23	Small Group Research
Echeburúa, E., Sarsua, B. y Zubizarreta, I.	2014	Ensayo clínico	Enrique Echeburúa	España	Universidad del País Vasco	NR	NR	116	Revista de violencia interpersonal
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, V., Ortíz-Tallo, M. y Jimenez, E.	2012	Ensayo clínico	Margarita Ortiz-Tallo	España	Universidad de Málaga.	NR	NR	60	Anales de psicología
Ayats, M., Cirici R. y Soldevilla, J.	2008	Ensayo clínico	Mireia Ayats Plana	España	Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Mútua de Terrassa.	NR	NR	39	Psiqui Biol.
Pilar, M., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D.	2014	Ensayo clínico	M. Pilar Matud	España	Universidad de La Laguna, España	NR	NR	128	Psychosocial Intervention
Fiorella, D., McLean, C., Pistorellob, C., Haye s, S. y Folletteb, V.	2017	Estudio piloto	Devika Fiorillo	Estados Unidos	University Blvd	NR	NR	25	Journal of Contextual Behavioral Science
Wietse, A., Toll, M., Greene, C., Likindikoki, S., Misinzo, L., Ventevogel, P., Bonz, A., Bass J., & Mbwambo, J.	2017	Ensayo clínico	Wietse A. Tol	Estados Unidos	Johns Hopkins Bloomberg School of Public	NR	NR	63	BMC Psychiatric

Continuación

Referencia	Año	Tipo de estudio	Autor de correspondencia	País	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Nacionalidad	<i>n.</i> <i>Participantes</i>	Revista
Trabold, N., O'Malley, A., Rizzo, L., Russell, E	2017	Estudio Exploratorio	Nicole Trabold	Estados Unidos	Universidad de Rochester	NR	NR	15	Wiley
Maniccia, D., & Leone, J.	2019	Ensayo clínico	Dayna M. Maniccia	Estados Unidos	School of Management,	NR	NR	54	BMC Public Health
Santandreu, M. y Ferrer, V.	2014	Ensayo clínico	Marta Santandreu	España	Universidad de las Islas Baleares	NR	NR	129	Behavioral Psychology
Graham-Bermann, S., Howell, K., Miller-Graff, L., Galano, M., Lilly, M., Grogan-Kaylor, A.	2019	Ensayo de eficacia	Sandra A. Graham-Bermann	Estados Unidos	Universidad de Michigan	NR	NR	120	Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma
Jackson, K., Parkinson, S., Jackson, B., & Mantler, T.	2018	Ensayo clínico	Tara Mantler	Canadá	Universidad de Ontario	NR	NR	20	Jmir Research Protocols
Faber, J. & Lee, E.	2020	Estudio de caso	Eunjung Lee	Canadá	Universidad de Toronto	NR	NR	1	Clinical Case Studies
Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi, F., Ghasemnejad, S., Gheitarania, S., & Reza, M.	2017	Estudio empírico	Shahrbanoo Ghahari	Irán	University of Medical Sciences	NR	NR	30	Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care
Lombardo, G.	2010	Estudio de caso	Gloriela Carlos Lombardo	Panamá	Universidad de Panamá	NR	NR	10	Tesis doctoral
Arinero, G.	2017	Estudio empírico	María Arinero García	España	Universidad de Contumplemense	NR	NR	33	Tesis doctoral

Continuación

Referencia	Año	Tipo de estudio	Autor de correspondencia	País	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Nacionalidad	<i>n.</i> <i>Participantes</i>	Revista
Labrador, F., Fernández, R., Paz, P.	2019	Estudio Exploratorio	Francisco Javier Labrador	España	Universidad Complutense de Madrid	Paulina Paz Rincón González	Chile	20	Pensamiento Psicológico
Martínez, L.	2018	NR	Lizette Alicia Martínez enriques	Bolivia	Universidad andina simón bolívar sede central	Nr	Nr	32	Tesis de magister
Carvajal, A.	2015	Estudio piloto	Ariadna Carvajal Zúñiga	Colombia	Universidad católica de colombia	Nr	Nr	41	Tesis de maestría
Beckford, D.	2017	Ensayo clínico	Dayra beckford	Panamá	Universidad de panamá	Nr	Nr	125	Tesis
Montañez, P.	2013	Estudio sistematizado	Priscila Montañez Alvarado	España	Universidad autónoma de barcelona	Nr	Nr	62	Tesis doctoral
Ascencio, E.	2019	Descriptiva propositiva	Estela marcelo ascencio	Perú	Universidad nacional pedro ruiz gallo	Nr	Nr	102	Tesis de maestría
Herrera, S.	2015	Ensayo clínico	Herrera jiménez, sayuri j.	Panamá	Universidad de panamá	Nr	Nr	4	Tesis de maestría
Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Malpass, A., Millband, S., Morris, R., Zammit, S. & Lewis, N.	2020	Ensayo de viabilidad	Katherine pitt	Reino Unido	Universidad de Bristol	NR	NR	NR	Pilot and Feasibility Studies
Claire, M., Rees, S., Likindikoki, S., Bonz, A., Joscelyne, A., Kaysen, D., Nixon, R., Njau, T., Tankink, M., Tiwari, A., Ventevogel, P.	2019	Estudio empírico	M. Claire greene	Estados unidos	Universidad de columbia	Nr	Nr	60	Conflict and health
Keynejad, R., Bitew, T., Sorsdah, K., Myers, B., Honikman, S., Medhin, G., Deyessa, N., Sevdalis, N. Tol, W., Howard, T., & Hanlon, C.	2020	Estudio de viabilidad	Charlotte Hanlon	Reino Unido	Centro de Salud Mental Global	NR	NR	75	Trials

Continuación

Referencia	Año	Tipo de estudio	Autor de correspondencia	País	Institución de autor de correspondencia	Coautoría internacional	Nacionalidad	<i>n. Participantes</i>	Revista
Brierley, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Evans, M., Fackrell, M., Ferrari, G., Hollinghurst, S., Howard, L., Howarth, E., Malpass, A., Metters, C., Peters, T., Saeed, F., Sardhina, L., Sharp, D. & Feder, G.	2018	Ensayo abierto	Gene S Feder	Reino Unido	Universidad de Bristol	NR	NR	250	Trials
Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R., y Iborra, A.	2014	NR	Marta Santandreu oliver	España	Instituto Balear de la Dona	NR	NR	30	Apuntes de Psicología
Quesada, M., Everts, F., Hidalgo, A. y Muñoz, J.	2014	Estudio de caso	Juan Jesús Muñoz García	España	Centro de San Juan de Dios	NR	NR	1	Psicopatología Clínica, Legal y Forense
Allard, C., Norman, S., Thorp, S., Browne, K. & Stein, M.	2018	NR	Carolyn B. Allard	Estados Unidos	VA San Diego Healthcare	NR	NR	20	Journal of Interpersonal Violence
Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. y Torrens, M.	2015	Estudio piloto	Marta Torrens	España	Institute Neuropsychiatry	Eva Lligoña	London, UK	14	Adicciones
Rajesh, A., Weobong, B., Patel, V. & Radha, D.	2019	Ensayo clínico	Daisy Radha Singla	Estados Unidos	Universidad de Tulsa	Daisy Radha Singla	Canadá	232	Archives of Women's Mental Health
Crespo, M y Arinero, M.	2010	Ensayo clínico	Maria Crespo	España	Universidad Complutense.	NR	NR	53	The Spanish Journal of Psychology
Iverson, K., Resick, P., Suvak, M., Walling, S. y Taft, C.	2011	Estudio de desmantelamiento	Katherine M. Iverson,	Estados Unidos	Centro Nacional de TEPT	NR	NR	126	Behav Ther.
Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L.	2020	Estudio piloto	Rosario Vaca-Ferrer	España	Centro LANSYS.	NR	NR	21	Annals of psychology
Iverson, K., Shenk, M., Fruzzetti, C. & Frutezzi, A.	2009	Estudio piloto	Alan E. Fruzzetti	Estados Unidos	Universidad de Nevada	NR	NR	46	Professional Psychology

Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K

Indicadores bibliométricos de los estudios seleccionados

Como se registra en la tabla 4 los estudios que se destacan con mayor número de citaciones en Journal Citation Report (JCR): *Assessment of the Efficacy of a Psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner* (Crespo *et al.*, 2010) con 30 citas, seguido de *Intimate partner violence exposure predicts PTSD treatment engagement and outcome in cognitive processing therapy* (Inversion *et al.*, 2011) con 15 citas y *Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial* (Sijbrandij *et al.*, 2016) con 14 citas.

Se identifican entre las revistas más empleadas en los estudios a Trials y Journal of Interpersonal Violence y la editorial más recurrente es Biomed Central, siendo el inglés el idioma con más frecuencia para publicar. Los NA que se registraron, representan la literatura gris (Tesis de grados, tesis de doctorados, maestrías) que han sido documentados en esta investigación, tal como lo sugiere el Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011), está literatura gris no se encuentran oficialmente publicadas en revistas. Dentro del dominio de investigación tanto para SJR y JCR, se encuentra: Psicología y Medicina. (*ver tabla 4*).

Tabla 4

Indicadores bibliométricos

Referencia	Año	Citación (n)	Nombre	País de origen	Institución/Compañía editorial	Idioma de publicación	Categoría						
							Scimago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigación	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuartil	Frecuencia de publicación
Habigzang, L., Schneider, J., Frizzo, R. y de Freitas, C.	2018	1	Universitas Psychologica	Colombia	Pontificia Universidad Javeriana	Inglés	18 años	Psicología	Q4	0,518	Psicología Multidisciplinaria	Q4	4.4
Santos, A., Matos, M. y Machado, A.	2016	10	Small Group Research	Estados Unidos	Publicaciones Sage	Inglés	68	Psicología, psicología social, psicología aplicada	Q2	1.745	Psicología social, psicología aplicada	Q3	6
Echeburúa, E., Sarsua, B. y Zubizarreta, I.	2014	5	Journal of Interpersonal Violence	Estados Unidos	SAGE Publications Inc.	Inglés	99	Psicología, psicología aplicada, psicología clínica	Q1	3.573	Psicología aplicada, criminología y penología, estudios de familia.	Q2	18
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, V., Ortíz-Tallo, M. y Jimenez, E.	2012	NR	Anales de la psicología	España	Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones	Español	26	Psicología	Q2	1.346	Psychology - Multidisciplinary	Q4	2
Ayats, M., Cirici R. y Soldevilla, J.	2008	NR	Psiquiología Biol.	España	Elsevier Doyma	Inglés	6	Medicina Psiquiatría y Salud Mental	Q4	12.095	Neurociencia Psiquiatría	NR	24

Continuación

Referencia	Año	Citación (n)	Nombre	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idioma de publica- ción	Categoría						
							SCImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuenc ia de publica- ción
Wietse, A., Toll, M., Greene, C., Likindikoki, S., Misinzo, L., Ventevogel, P., Bonz, A., Bass J., & Mbwambo, J.	2017	10	BMC Psychiatry	United Kingdom	BioMed Central Ltd.	Inglés	88	Medicina Psiquiatría y Salud Mental	Q1	2.704	Psiquiatría	Q2	1
Pilar, M., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D.	2014	NR	Psychosocial Intervention Journal of Contextual Behavioral Science	España	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	Inglés	19	Psicología Psicología Aplicada	Q1	4.026	Psicología multidisciplinaria	Q2	3
Fiorella, D., McLean, C., Pistorellob, C., Hayes, S. y Folletteb, V.	2017	8		Netherlands	Elsevier BM	Inglés	21	Neurociencia Psicología Psicología Aplicada	Q2	1.523	Psicología clínica	Q3	4
Trabold, N (Trabold, Nicole); O'Malley, A (O'Malley, Allison); Rizzo, L (Rizzo, Lisa); Russell, E (Russell, Elizabeth	2017	2	Wiley	Inglaterra	Wiley Interdiscip. Rev.- Cogn. Sci	Inglés	523	Química	Q1	7	Psicología experimental	Q1	6
Maniccia, D., & Leone, J.	2019	0	BMC Public Health	United Kingdom	BioMed Central Ltd.	Inglés	130	Medicina Salud pública y salud	Q1	2.521	Salud pública Ambiental y ocupacional	Q2	1

Continuación

Referencia	Año	citación (n)	Nombre	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idioma de publica- ción	Categoría						
							SCImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuenc ia de publica- ción
Jackson, K., Parkinson, S., Jackson, B., & Mantler, T.	2018	1	JMIR RESEARCH PROTOCOLS	Canadá	Publicaciones JMIR Inc.	Inglés	0	Medicina	Q4	NR	NR	NR	NR
Sijbrandij, M., Bryant, R., Schafer, A., Dawson, K., Anjuri, D., Ndogoni, L., Ulate, J., Hamdani, S. & Van Ommeren, M.	2016	14	International Journal of Mental Health Systems	United Kingdom	BioMed Central Ltd.	Inglés	31	Medicina Política de salud Psiquiatría y salud mental	Q1	2.193	Psiquiatría	Q3	1
Santandreu, M. y Ferrer, V.	2014	NR	Behavioral Psychology Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma	España	NR	Español	NR	NR	NR	1.017	Psicología clínica	Q4	3
Graham-Bermann, S., Howell, K., Miller-Graff, L., Galano, M., Lilly, M., Grogan-Kaylor, A.	2018	0		Estados unidos	Routledge	Inglés	43	Medicina Psicología Psicología clínica	Q2	1.030	Criminología, psicología clínica psiquiatría	Q4	10

Continuación

[illegible]

Continuación

[illegible]

Continuación

Referencia	Año	citación (n)	Nombre	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idiom a de publi- cación	Categoría						
							SCIImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuencia de publicació n
Allard, C., Norman, S., Thorp, S., Browne, K. & Stein, M.	2016	4	Journal of Interpe rsonal Violen ce	Estados unidos	SAGE Publicatio ns Inc.	Inglés	99	Psicología, psicología aplicada, psicología clínica	Q1	3.573	Psicología aplicada, criminología y penología, estudios de familia.	Q2	18
Ascencio, E.	2019	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Herrera, S.	2015	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Malpass, A., Millband, S., Morris, R., Zammit, S. & Lewis, N.	2020	NR	Pilot and Feasibi lity Studies	United Kingdom	Biomed Central Ltd.	Inglés	15	Medicina	Q2	N/R	N/R	N/R	N/R

Continuación

Referencia	Año	Cita- ción (n)	Nombre	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idiom a de publi- cación	Categoría						
							SCImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuencia de publicació n
Claire, M., Rees, S., Likindikoki, S., Bonz, A., Joscelyne, A., Kaysen, D., Nixon, R., Njau, T., Tankink, M., Tiwari, A., Ventevogel, P., Mbawambo, J., & Wietse A.	2019	2	Conflict and Health	United Kingdom	Biomed Central Ltd.	Inglés	26	Medicina ciencias sociales	Q1	2.000	Ocupacional	Q3	1
Arinero, G.	2017	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Brierley, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Evans, M., Fackrell, M., Ferrari, G., Hollinghurst, S., Howard, L., Howarth, E., Malpass, A., Peters, T., Saeed, F., Sharp, D. & Feder, G.	2018	12	Trials	United Kingdom	Biomed Central Ltd.	Inglés	72	Medicina Farmacología	Q1	1.975	Medicina Investigación y experimentación	Q3	6

Continuación

Referencia	Año	citación (n)	Nombre	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idiom a de publi- cación	Categoría						
							SCIImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuencia de publicació n
Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R., y Iborra, A.	2014	NR	Apunte s de Psicología Psicopatología	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Quesada, M., Everts, F., Hidalgo, A. y Muñoz, J.	2014	N/R	Clínica , Legal y Forense	N/R	N/R	N/R	NR	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R
Ascencio, E.	2019	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Herrera, S.	2015	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R., y Iborra, A.	2014	NR	Apunte s de Psicología	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Millband, S., Zammit, S. & Lewis, N.	2020	NR	Pilot and Feasibi lity Studies	United Kingdom	Biomed Central Ltd.	Inglés	15	Medicina	Q2	N/R	N/R	N/R	N/R

Continuación

Referencia	Año	citación (n)	Nombr e	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idiom a de publi- cación	Categoría						
							SCIImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuencia de publicació n
Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. y Torrens, M.	2015	10	Adicciones	España	Edita socioalcohol	Español	28	Medicina	Q2	3,167	Abuso de sustancias	Q4	4
Rajesh, A., Weobong, B., Patel, V. & Radha, D.	2019	2	Archives of Women's Mental Health The Spanish Journal of Psychology	Australia	Springer- Verlag Viena	Inglés	70	Medicina	Q1	2.500	Psiquiatría- Ciencia	Q3	6
Crespo, M y Arinero, M.	2010	30	The Spanish Journal of Psychology	United Kingdom	Prensa de la Universidad de Cambridge	Inglés	38	Artes y Humanidades Psicología	Q1	0,972	Psicología	Q4	1
Iverson, K., Resick, P., Suvak, M., Walling, S. y Taft, C.	2011	15	J Consult Clin Psychol.	Estados unidos	Asociación Americana de Psicología Inc.	Inglés	231	Psicología	Q1	4,632	Psicología Clínica	Q1	12

Continuación

Referencia	Año	citación (n)	Nombr e	País de origen	Institución/ Compañía editorial	Idiom a de publi- cación	Categoría						
							SCIImago Journal & Country Rank (SJR)			Journal Citation Report (JCR)			
							Índice H (actual)	Dominio de Investigaci ón	Cuartil	Factor de impacto	Dominio de Investigación	Cuar- til	Frecuencia de publicació n
Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L.	2020	0	Anales de la psico- logía	España	Universida d de Murcia Servicio de Publicacio nes	Españ ol	26	Psicología	Q2	1.346	Psychology - Multidisciplin ary	Q4	2
Iverson, K., Shenk, M., Fruzzetti, C. & Frutezzi, A.	2019	NR	Profess ional Psycho- logy: Resear- ch and Practic e	Estados unidos	Asociació n Americana de Psicología Inc.	Inglés	83	Psicología	Q2	N/R	N/R	N/R	N/R
Rajesh, A., Weobong, B., Patel, V. & Radha, D.	2019	2	Archiv es of Wome n's Mental Health	Australi a	Springer- Verlag Viena	Inglés	70	Medicina	Q1	2.500	Psiquiatría- Ciencia	Q3	6

Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K

Caracterización del diseño metodológico de los estudios seleccionados

Al caracterizar los estudios de acuerdo con el diseño metodológico empleado, se puede observar en la tabla 5, que el 53 % de estos son de tipo Experimental, el 31,6% de los estudios son Cuasi Experimentales, el 15,6% No registra el tipo de diseño, el 5,3% son Pruebas piloto; dejando un porcentaje de 2,6% para cada uno de los siguientes tipos que se registran en los artículos: Cualitativa-Cuantitativa, Ensayo Control, Estudio de caso y Cualitativo.

Por otra parte, los 38 artículos reportaron la implementación de grupo terapéutico, los tamaños muestrales de los estudios oscilaron entre 1 a 247, sin embargo, algunos artículos no registraron ($n=3$) el número con exactitud que usaron en su estudio.

Las edades de los participantes oscilaban entre 18-65 años, a excepción de algunos estudios 10,5% ($n=4$) que las edades empiezan desde los 16 años.

Tabla 5

Caracterización del diseño metodológico

Referencias	Diseño metodológico	Tipo de grupo		Grupo		Asignación de participantes aleatorio	Edad de participantes
		Terapéutico	Control	terapéutico (n)	Control (n)		
Habigzang, L., Schneider, J., Frizzo, R, y de Freitas, C.	Cuasiexperimental	SI	NO	11	0	NO	18 años
Santos, A., Matos, M. y Machado, A.	Experimental	SI	NO	23	0	NO	26-52 años
Echeburúa, E., Sarsua, B. y Zubizarreta, I.	Experimental	SI	NO	116	0	NO	18-65
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, V., Ortíz-Tallo, M. y Jimenez, E.	NR	SI	SI	35	25	NR	M= 36.23 D= 9.04
Ayats, M., Cirici R. y Soldevilla, J.	NR	SI	NR	39	NR	NR	M= 46,85
Pilar, M., Padilla, V.,, Medina, L. y Fortes, D.	Cuasiexperimental	SI	SI	96	32	NO	18-67 años
Fiorella, D., McLean, C., Pistorellob, C., Hayes, S. y Folletteb, V.	Experimental	SI	NR	25	NR	NR	> 18 años. M= 39.12
Wietse, A., Toll, M., Greene, C., Likindikoki, S., Misinzo, L., Ventevogel, P., Bonz, A., Bass J., & Mbwambo, J.	Cualitativa	SI	SI	32	31	SI	18+
Trabold, N (Trabold, Nicole); O'Malley, A (O'Malley, Allison); Rizzo, L (Rizzo, Lisa); Russell, E (Russell, Elizabeth	Descriptivo cualitativo	SI	NO	15	0	NO	26-56 años
Maniccia, D., & Leone, J.	Cualitativa y cuantitativa	SI	NR	54	NR	NR	NR
Sijbrandij, M, Bryant, R., Schafer, A, Dawson, K., Anjuri, D., Ndogoni, L., Ulate, J., Hamdani, S. & Van Ommeren, M.	Ensayo controlado aleatorio	SI	SI	247	247 tratamiento como de costumbre	SI	18+

Continuación

Referencias	Diseño metodológico	Tipo de grupo		Grupo		Asignación de participantes aleatorio	Edad de participantes
		Terapéutico	Control	terapéutico (n)	Control (n)		
Santandreu, M. y Ferrer, V.	NR	SI	NO	129	0	NR	18-65 años
Graham-Bermann, S., Howell, K., Miller-Graff, L., Galano, M., Lilly, M., Grogan-Kaylor, A.	Ensayo de control aleatorio	SI	NO	53	67	SI	M= 31,9
Jackson, K., Parkinson, S., Jackson, B., & Mantler, T.	Ensayo controlado aleatorio	SI	SI	20	NR	SI	NR
Faber, J. & Lee, E.	Estudio de caso	SI	NO	1	0	NO	29 años
Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi, F., Ghasemnejad, S., Gheitarania, S., & Reza, M.	Investigación empírica	SI	SI	15	15	SI	20-25 años
Lombardo, G.	Cuasiexperimental	SI	NO	10	0	NO	20-59 años
Arinero, G.	Cuasiexperimental	SI	SI	18	0	NO	47,33 (8,15) 38,8 (9,81)
Labrador, F., Fernández, R., Paz, P.	Cuasiexperimental	SI	SI	10	10	NR	32-51 años
Martínez, L.	Cuasiexperimental	SI	SI	NR	NR	NO	16-59 años
Carvajal, A.	Cuasiexperimental	SI	SI	8	4	NO	21-57 años
Beckford, D.	Cuasiexperimental	SI	SI	12	10	SI	25-60 años
Montañez, P.	Cuasiexperimental	SI	SI	49	13	NO	M: 36.88 años

Continuación

Referencias	Diseño metodológico	Tipo de grupo		Grupo		Asignación de participantes aleatorio	Edad de participantes
		Terapéutico	Control	terapéutico (n)	Control (n)		
Ascencio, E.	Cuasiexperimental	SI	NO	102	0	NO	16-60 años
Herrera, S.	Cuasiexperimental	SI	NO	4	0	NO	40-45 años
Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Malpass, A., Millband, S., Morris, R., Zammit, S. & Lewis, N.	Cualitativo	SI	SI	NR	NR	SI	18 años en adelante
Claire, M., Rees, S., Likindikoki, S., Bonz, A., Joscelyne, A., Kaysen, D., Nixon, R., Njau, T., Tankink, M., Tiwari, A., Ventevogel, P., Mbawambo, J., & Wietse A.	Protocolo	SI	NR	20-30	0	NO	18+
Keynejad, R., Bitew, T., Sorsdah, K., Myers, B., Honikman, S., Medhin, G., Deyessa, N., Sevdalis, N. Tol, W., Howard, T., & Hanlon, C.	Protocolo	SI	SI	NR	NR	SI	16+
Brierley, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Evans, M., Fackrell, M., Ferrari, G., Hollinghurst, S., Howard, L., Howarth, E., Malpass, A., Metters, C., Peters, T., Saeed, F., Sardhina, L., Sharp, D. & Feder, G.	Ensayo controlado	SI	NO	200	0	NO	16+
Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R. y Iborra, A.	Cuasiexperimental	SI	NO	30	0	NO	17-63 años
Quesada, M., Everts, F., Hidalgo, A. y Muñoz, J.	Caso	SI	NO	1	0	NO	45 años
Allard, C., Norman, S., Thorp, S., Browne, K. & Stein, M.	NR	SI	NO	29	0	NR	28-56 años
Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. y Torrens, M.	NR	SI	SI	7	7	SI	M: 40

Continuación

Referencias	Diseño metodológico	Tipo de grupo		Grupo		Asignación de participantes aleatorio	Edad de participantes
		Terapéutico	Control	terapéutico (n)	Control (n)		
Iverson, K., Resick, P., Suvak, M., Walling, S. y Taft, C.	Estudio de desmantelamiento de CPT	SI	NO	CPT completo (n = 53) Porción cognitiva solamente (CPT-C; n = 47) o la cuenta escrita solamente (WA; n = 50)	0	SI	NR
Rajesh, A., Weobong, B., Patel, V. & Radha, D.	NR	SI	NO	232	0	SI	promedio: 42,06
Crespo, M y Arinero, M.	Experimental multigrupo	SI	NO	28 Técnicas de exposición 25 con entrenamiento en habilidades comunicativas. G1: 8 G2: 6 G3: 7	0	SI	M: 41 años
Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L.	Intragrupo con datos pre-post	SI	NO		0	NO	30-74 años
Iverson, K., Shenk, M., Fruzzetti, C. & Frutezzi, A.	Estudio piloto	SI	NO	31	0	NO	22-56 años

Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K

Caracterización de la muestra de los estudios seleccionados

En la caracterización de las mujeres que participaron en los estudios que se presenta en la tabla 6, se encontró que, la muestra que utilizan la mayoría reporta ser de España 21% (n=8) y Panamá 7,8% (n=3). Un gran porcentaje de los artículos No registra el nivel socioeconómico de su muestra 73,6% (n=28), mientras que (n=3) de los artículos reporta que las mujeres son de nivel bajo y el (n=7) de los estudios afirman ser de nivel medio-bajo.

En cuanto a la ocupación de las participantes de los estudios elegidos, se evidencia que el 55,2% (n=21) realizan alguna labor y el 44,7% (n=17) No registra la ocupación de su muestra. De estas muestras, sólo nueve estudios muestran cero deserciones durante la intervención, catorce son los estudios que no registran las deserciones o abandono en su intervención, el resto oscilan entre 2 a 63 deserciones que se presentaron en los estudios.

Del total de las investigaciones incluidas se registró que algunos estudios ofrecieron reconocimiento monetario a las participantes, el resto de los artículos no registra el uso, así como el 52,6% (n=20) de los estudios presentaron que las mujeres tenían un tipo de trastorno o presentan un historial de violencia para estar o participar de la intervención, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 6
Caracterización de la muestra

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Habigzang, L., Schneider, J., Frizzo, R, y de Freitas, C.	Clínico	Porto Alegre, estado de Rio Grande do Sul	18 años	NR	9% soltero (n = 1), 18% casados (n = 2), 64% separados (n = 7) y 9% viudo	NO	NR	11	0	0	NR
Santos, A., Matos, M. y Machado, A.	Clínico	Portugueses (87%), uno era brasileño (4,3%) y dos eran de países africanos (8,7%)	26-52 años	NR	Divorciados predominantemente de (34.8%) o casados con (30.4%)	NO	El 60.9% desempleadas, desde ocupaciones no calificadas hasta ocupaciones calificadas.	23	0	0	ser víctima de IPV o haber dejado una relación abusiva recientemente (en los últimos 12 meses).
Echeburúa, E., Sarsua, B. y Zubizarreta, I.	Clínico	Álava (España)	18-65	NR	NR	NO	NR	116	(45; 17.4%).	NO	no sufre un trastorno mental grave, después de ser entrevistado)

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, V., Ortíz-Tallo, M. y Jimenez, E.	Clínico	57 mujeres tenían nacionalidad española, una procedía de Ecuador, una de Alemania y una de Marruecos.	36.26	NR	NR	NR	NR	60	NR	NR	NR
Ayats, M., Cirici R. y Soldevilla, J.	Clínico	Sant Cugat del Vallès.	M= 46,85	Alto (33,3%) Medio (35,9%) Bajo (30,8%)	En pareja/casadas (53,8%) Separadas/divorciadas (41%) Solteras (5%) Soltera en el 28%, casada o con pareja de hecho en el 39% y separada o divorciada en el 33%.	NO	Remunerado (56,4%) No Remunerado (43,6%)	39	NR	NR	NR
Pilar, M., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D.	Clínico	España, Canaria	18-67 años	NR		NO	con empleo manual no cualificado(el 47%); el 23.1% tenía empleo no manual, el 12.8% el 12% “ama de casa”	128	17	NR	NR

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Trabold, N O'Malley, A., Rizzo, L., Russell, E.	Clínico	Estados Unidos	26-56 años	NR	10 mujeres fueron separadas de su pareja actual.	NR	NR	15	0	\$20	NR
Maniccia, D., & Leone, J.	Clínico	NR	NR	Bajo nivel	NR	NR	NR	54	NR	NR	NR
Wietse, A., Toll, M., Greene, C., Likindikoki, S., Misinzio, L., Ventevogel, P., Bonz, A., Bass J., & Mbwanbo, J.	Clínico	Nyarugusu	18+	NR	NR	SI	NR	63	NR	NR	Dieron positivo por un nivel moderado o severo de angustia psicológica.
Fiorella, D., McLean, C., Pistorellob, C., Hayes, S. y Folletteb, V.	Clínico	Estados Unidos	> 18 años. M= 39.12	NR	el 40% soltera y el 48% estaba casado o vivía con una pareja.	NO	36% estudiantes, el 20% estaban empleados y el 16% desempleados.	25	4	\$34	NR
Sijbrandij, M, Bryant, R., Schaffer, A, Dawson, K., Anjuri, D., Ndogoni, L., Ulate, J., Hamdani, S. & Van Ommeren, M.	Clínico	Nai-robi, Kenia	18+	NR	NR	NR	NR	494	NR	NR	Mujeres con angustia psicológica alta

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Santandreu, M. y Ferrer, V.	Clínico	87% española, el 58% sudamericana centroamericana, el 30% marroquí y el 12% extracomunitaria.	18-65 años	NR	NR	NR	NR	129	24	NR	98 presentaban sintomatología del TEPT, según la "Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático"
Graham-Bermann, S., Howell, K., Miller-Graff, L., Galano, M., Lilly, M., Grogan-Kaylor, A.	clínico	Michigan y Windsor, Ontario, Canadá	M=31,9	NR	Casadas (16%), aunque el 7% vivía con una pareja abusiva, el 34% estaba separado o divorciados, y el 43% solteras	48% caucásicas, 37% afroamericanas, 8% Birracial, 6% latinas,	educación secundaria (11%), algunos universitarios, (39%) y un título de posgrado (2%)	120	La deserción desde el inicio hasta la postintervención fue del 23%, con un 20% para la comparación	\$25	NR
Jackson, K., Parkinson, S., Jackson, B., & Mantler, T.	Clínico	London, Canadá	NR	NR	NR	NR	NR	20	NR	\$25	Sintomatología consistente con TEPT, depresión o ansiedad

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Carvajal, A.	Clínico/No clínico	Colombia	21-57 años	nivel social bajo (estratos 1 y 2, clasificación que se hace en Colombia). El 21,2% estrato medio (estrato 3 y 4) y el 6,1% al alto (estratos 5 y 6)	separadas un 24,2%, 21,2% son solteras y un 12,1% casadas.	NR	(27.3%): hogar, vendedoras u otras actividades alternativas	12	4	NR	Cumplir criterios DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático.
Faber, J. & Lee, E.	Clínico	Canadá	29 años	NR	con pareja	NO	Trabajadora independiente	1	0	NR	NR
Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi, F., Ghasemnejad, S., Gheitarania, S., & Reza, M.	Clínico	Teherán	20-25 años	NR	NR	NR	76,6% de las mujeres se emplearon amas de casa Ama de casa, 60%. Sector servicios, 20%, 10% servicio doméstico, y un 10%, bienes y raíces.	30	NR	NR	NR
Lombardo, G.	Clínico	Panamá	20-59 años	50% clase baja 30% clase media baja 20% clase media	Soltera 50% Casadas 30% Proceso de separación 20%	NR		10	0	NR	El 70%, la mayoría de las participantes ha vivido violencia por un periodo superior a dos años.

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Keynejad, R., Bitew, T., Sorsdah, K., Myers, B., Honikman, S., Medhin, G., Deyessa, N., Sevdalis, N. Tol, W., Howard, T., & Hanlon, C.	Clínico	Zona de Gurage	16+	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Si	síntomas depresivos y antecedentes de VPI
Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R., y Iborra, A.	Clínico	NR	17-63 años	Bajos 14 (46.7%) Medios 12 (40.0%) Altos 4 (13.3%)	Soltera 5 (16.7%) Casada 6 (20.0%) Separada 7 (23.3%) Divorciada 12 (40.0%)	NO	NR	30	NR	NR	no padecer ningún trastorno mental grave
Quesada, M., Everts, F., Hidalgo, A. y Muñoz, J.	Clínico	Madrid	45 años	NR	Casada	NO	Laborando	1	0	NR	NR
Allard, C., Norman, S., Thorp, S., Browne, K. & Stein, M.	Clínico	NR	28-56 años	NR	(n = 14, 70,0%; cinco eran solteros y uno estaba casado)		La mayoría estaban empleados (n = 15, 75,0%)	29	9	NR	los participantes tenían PTSD

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Brierley, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Evans, M., Fackrell, M., Ferrari, G., Hollinghurst, S., Howard, L., Howarth, E., Malpass, A., Metters, C., Peters, T., Saeed, F., Sardhina, L., Sharp, D. & Feder, G.	Clínico	Reino Unido	16+	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. y Torrens, M.	Clínico	Española	M: 40	NR	2 solas, 11 en una relación	12 caucásicos, dos afroamericanos, uno hispano, uno mexicano	Empleadas 3, Desempleadas (4) Prestación por discapacidad (2) Ama de casa (3)	14	0	NR	NR
Rajesh, A., Weobong, B., Patel, V. & Radha, D.	Clínico/No clínico	India	promedio: 42,06	NR	casadas	NR	Amas de casa hindúes (92,7%) (73,3%)	232	NR	NR	Criterio de depresión

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Crespo, M y Arinero, M.	Clínico	Española	M: 41 años	Medio	En una relación-separadas	NR	El 43% trabajaba fuera del hogar, el 36% informó ser amas de casa.	116	63	NR	Presentar síntomas postraumáticos en la Escala de Severidad de Síntomas del TEPT
Iverson, K., Resick, P., Suvak, M., Walling, S. y Taft, C.	Clínico	(62%) eran caucásicas, el 34% afroamericanas y el 4% perteneciente a otro grupo racial.	M: 35,4	NR	NR	(62%) caucásicas, el 34% afroamericanas y el 4% a otro grupo racial.	13,8 años de educación 6-20) y aproximadamente la mitad (53.7%)	150	40	NR	NR
Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L.	Clínico	NR	M: 45	Medio-bajo 14% estable	En una relación - separadas-divorciadas	NR	NR	50	29	NR	Todas ellas habían sufrido maltrato psicológico Presentar síntomas postraumáticos en la Escala de Severidad de Síntomas del TEPT
Crespo, M y Arinero, M.	Clínico	Española	M: 41 años	Medio	En una relación-separadas	NR	El 43% trabajaba fuera del hogar, el 36% informó ser amas de casa.	116	63	NR	Presentar síntomas postraumáticos en la Escala de Severidad de Síntomas del TEPT

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Iverson, K., Shenk, M., Fruzzetti, C. & Frutezzi, A.	Clínico	NR	22-56 años	NR	En una relación-separadas	NR	El 81% ganaba menos de \$ 30,000	46	15	NR	NR
Arinero, G.	Clínico	Madrid	M (DT): 47,33 (8,15) 38,8 (9,81)	clase social media (52,9%)	Un 52,9% estaban casadas, y un 35,3% divorciadas, separadas o en trámites.	NR	NR	33	15	NR	La duración media del maltrato fue de 15,88 años (DT=12,08), con un rango de duración entre 1 y 45 años.
Labrador, F., Fernández, R., Paz, P.	Clínico	Madrid	32-51 años	se considera de clase social media (80%)	la mayoría no convive ya con el agresor (70%)	NR	activa laboralmente (80%).	20	2	NR	sufrido maltrato físico

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Martínez, L.	Clínico	Sucre, Bolivia	16-59 años	NR	Casada 31,3% Concubina 25,0% Soltera 25,0% Divorciada 15,6% Viuda 3,1%	NR	Labores de casa 21,9% Empleada 37,5% Comerciante 18,8%	32	NR	NR	NR
Faber, J. & Lee, E.	Clínico	Canadá	29 años	NR	con pareja	NO	Trabajador independiente	1	0	NR	NR
Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi, F., Ghasemnejad, S., Gheitarania, S., & Reza, M.	Clínico	Teherán	20-25 años	NR	NR	NR	76,6% de las mujeres se emplearon amas de casa Ama de casa, 60%. Sector servicios, 20%, 10% servicio doméstico, y un 10%, bienes y raíces.	30	NR	NR	NR
Lombardo, G.	Clínico	Panamá	20-59 años	50% clase baja 30% clase media baja 20% clase media	Soltera 50% Casadas 30% Proceso de separación 20%	NR		10	0	NR	El 70%, la mayoría de las participantes ha vivido violencia por un periodo superior a dos años.

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Beckford, D.	Clínico	Panamá	25-60 años	NR	Casado 5 Unido 4 Soltera 3	NR	8 laborando, un 2 esta pensionado, 1 jubiladas y solamente 1 no se encuentra laborando.	12	NR	NR	seleccionados por presentar depresión significativa.
Montañez, P.	Clínico	México	M: 36.88 años	46.9% bajo, el 34.7% se considera que pertenece al medio bajo, el 18.4% medio.	El 24.5% solteras, un 26.5% Casadas, separadas de su pareja el 22.4%	NR	(51%) ama de casa y el 14.3% trabaja como obrera.	62	3	NR	trastorno de estrés postraumático o por ser víctimas de violencia doméstica.
Ascencio, E.	Clínico	Perú	16-60 años	NR	NR	NR	NR	102	0	NR	NR
Herrera, S.	Clínico	Panamá	40-45 años	NR	Casadas	NR	Empresaria docente, enfermera, bienes raíces	4	0	NR	Cumplir criterios del DSM-IV-TR de un trastorno depresivo
Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Malpass, A., Millband, S., Zammit, S. & Lewis, N.	Clínico	Inglaterra	18 años en adelante	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Síntomas clínicamente importantes del TEPT

Continuación

Referencia	Tipo de muestra	Nacionalidad	Edad	Nivel Socioeconómico	Estado Civil	Grupo Étnico	Ocupación	(n) Inicial	(n) Abandono	Reconocimiento monetario	Historial de violencia y problemas emocionales
Claire, M., Rees, S., Likindikoki, S., Bonz, A., Joscelyne, A., Kaysen, D., Nixon, R., Njau, T., Tankink, M., Tiwari, A., Ventevogel, P., Mbwambo, J., & Wietse A.	Clínico	NR	18+	NR	NR	NR	NR	20-30	NR	£ 20	NR

Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K

Caracterización de las intervenciones cognitivo-conductuales

Respecto a los tratamientos con enfoque Cognitivo-Conductual, el formato de intervención más utilizado es el Grupal, el número de terapias que recibieron durante la intervención las mujeres víctimas de violencia de pareja, las cuales oscilaron entre 4 a 20 sesiones. La frecuencia predominante fue de manera semanal 86,8% (n=33).

Dentro de estos estudios solo 3 especifican el género femenino dentro de los profesionales que impartieron la terapia. En el análisis de los resultados de las intervenciones los estudios reportaron datos estadísticos inferenciales, entre los que se encuentra: d de Cohen (d), Wilconxon (W), distribución F de Snedecor o como distribución F de Fisher-Snedecor (F), valor p (p), grados de libertad (df), prueba t de student (t) y valor Z.

En cuanto al impacto de las intervenciones, en el marco de la sintomatología de las variables de interés, se pudo identificar que el 31,5% (n= 12) no registró información pretratamiento y postratamiento de las variables trabajada.

Del total de intervenciones que evaluaron y reportaron resultados de depresión, (n=5) estudios obtuvieron una disminución entre el 50% y el 60% de este síntoma, (n=5) identificaron una reducción del 40% al 49% en los resultados postratamiento. Con respecto a los estudios que tienen la variable de ansiedad, (n=3) obtuvieron una disminución y se observa diversos estudios que no registran los resultados obtenidos, tal como se muestra en la tabla 7.

Resultados de intervenciones

Referencia	Muestra	Variables trabajadas	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	d	Wilconxon	F	p	df	t	z
Habigzang, L., Schneider, J., Frizzo, R, y de Freitas, C.	11	Depresión			-					-	-
		Ansiedad	22.2 (11.7)	11.5 (5.1)	-	-2.84	-	-	-	-	-
		TEPT	22.7 (11)	10.2 (10.9)	-	-2.6	-	-	-	-	-
		Síntomas de estrés	-	-	-	-2.29	-	-	-	-	-
		Percepción de satisfacción con la vida	2.38 (0.9) 14.7 (5.1)	1.27 (1) 20.3 (7.5)	- -	-2.4	- -	- -	- -	- -	- -
Santos, A., Matos, M. y Machado, A.	23	Depresión			-	-	13.17	<.001	2,42	-	-
		Síntomas de estrés	19.43 (11.5) 43.26 (11.85)	9.65 (9.27) 32.13 (13.88)	- -	- -	9.6a	.002	2,31	-	-
		Relaciones interpersonales	17.70 (6.20) 9.52 (3.96)	13.48 (6.30) 7.39 (4.34)	- -	- -	6.47 2,37	.004 -	2,42 2,42	- -	- -
Echeburúa, E., Sarsua, B. y Zubizarreta, I.	116	Rol social			-	-	-	-	0,798	-	-
		Grupo A	16, 77 (8, 680)	9,84 (3,977)	-	-	-	-	-1.158	-	-
		TEPT	37, 96 (8, 268)	22,30 (7,309)	-	-	-	-	0.923	-	-
		Ansiedad	25, 22 (8, 853)	11,98 (5,870)	-	-	-	-	0.598	-	-
		Depresión	27, 27 (5,017)	31,44 (3,824)	-	-	-	-	0.120	-	-
		Autoestima	3,88 (0,832)	2,32 (0,818)	-	-	-	-		-	-
		Desajuste Global			-	-	-	-		-	-
Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, V., Ortíz-Tallo, M. y Jimenez, E.		Grupo B	16,61 (8,682)	8,96 (4,720)	-	-	-	-	0,798	-	-
		TEPT	39,26 (10,389)	19,29 (9,225)	-	-	-	-	-1.158	-	-
		Ansiedad	25,91 (9,614)	10,78 (7,941)	-	-	-	-	0.923	-	-
		Depresión	26,47 (6,062)	31,94 (5,222)	-	-	-	-	0.598	-	-
		Autoestima	3,87 (0,780)	2,35 (1,625)	-	-	-	-	0.120	-	-
		Desajuste Global			-	-	-	-		-	-

[illegible]

[illegible]

Continuación

Referencia	Muestra	Variables trabajadas	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	<i>d</i>	<i>Wilcoxon</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	df	<i>t</i>	<i>z</i>
Maniccia, D., & Leone, J.	15	Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Hipervigilancia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Evitación	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Reexperimentación	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Aislamiento	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sijbrandij, M, Bryant, R., Schafer, A, Dawson, K., Anjuri, D., Ndogoni, L., Ulate, J., Hamdani, S. & Van Ommeren, M.	54	Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Estrés	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Bienestar social	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Bienestar físico	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santandreu, M. y Ferrer, V.	494	Angustia psicológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Síntomas de TEPT	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Discapacidad funcional	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		TEPT	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Físico y psicológico	29,34 (8,51)	12,71 (11,20)	0,41	-	-	-	-	-	-4,70
Graham-Bermann, S., Howell, K., Miller-Graff, L., Galano, M., Lilly, M., Grogan-Kaylor, A.	129	Sexual	35,09 (6,77)	12,68 (12,61)	0,34	-	-	-	-	-	-3,82
		Combinado	28,74 (8,63)	14,67 (12,14)	0,39	-	-	-	-	-	-4,46
		Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Físico y psicológico	32,31 (14,00)	11,63 (11,04)	0,43	-	-	-	-	-	-4,93
		Sexual	33,72 (12,65)	12,00 (11,16)	0,33	-	-	-	-	-	-3,82
		Combinado	32,67 (11,32)	14,88 (12,17)	0,41	-	-	-	-	-	-4,62

Continuación

Referencia	Muestra	Variables trabajadas	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	<i>d</i>	<i>Wilconxon</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	df	<i>t</i>	<i>z</i>
Jackson, K., Parkinson, S., Jackson, B., & Mantler, T.	120	Estrés traumático Trastorno de estrés postraumático	22,73 (12,24)	21,35 (11,25)	-	-	-	-	-	.64	-
Faber, J. & Lee, E.	20	TEPT Ansiedad Depresión	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi, F., Ghasemnejad, S., Gheitarania, S., & Reza, M.	1	Depresión Ansiedad Estrés	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
Lombardo, G.	30	Depresión Rasgo de Ansiedad Estado de ansiedad	1. 21 (24,81) 3.91 (580.6) 2.90 (59.1)	- - -	- - -	- - -	429.27 312.49	- - -	- - -	- - -	- - -
Arinero, G.	10	La resiliencia	114.8 (37.1238)	83.3 (59.5838)	-	-	-	-	-	-	-
Labrador, F., Fernández, R., Paz, P.	33	<i>Síntomas</i> <i>Postraumáticos</i> Reexperimentación Evitación Hiperactivación Depresión Autoestima	3,75 (2.26) 6,08 (2.78) 4,5 (2.47) 17,83 (8.52) 30,42 (4.42)	3,2 (3.12) 3,2 (3.29) 2,9 (2.64) 9,64 (8.77) 32,92 (4.85)	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	2,53* * - 2,48* -2,1* -1,66 -2,58

Continuación

Referencia	Muestra	Variables trabajadas	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	<i>d</i>	<i>Wilconxon</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	df	<i>t</i>	<i>z</i>
Claire, M., Rees, S., Likindikoki, S., Bonz, A., Joscelyne, A., Kaysen, D., Nixon, R., Njau, T., Tankink, M., Tiwari, A., Ventevogel, P., Mbwapbo, J., & Wietse A.	NR	TEPT Síntomas disociativos Depresión Ansiedad Revictimización por DVA Autocompasión Salud infantil informada por la madre.	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -	- - - - - - -
Herrera, S.	102	Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Martínez, L.	20	Tept: escala global						p< 0,001			
		Tept: escala reexperimentación						p< 0,001	-	-	-
		Tept: escala evitación	33,63 (6,16)	10,63 (5,9)	-	-	-	p< 0,001	-	-	-
		Tept: escala hiperactivación	12 (3,85)	3,88 (2,41)	-	-	-	p< 0,001	-	-	-
		Inventario de depresión	10,75 (2,96)	4,5 (2,2)	-	-	-	p< 0,006	-	-	-
		Escala de autoestima	23,63 (7,17)	11,13 (9,17)	-	-	-	0,010,0	-	-	-
		Escala de inadaptación	24 (4,1)	30,13 (3,6)	-	-	-	2	-	-	-
		Inventario de cogniciones postraumáticas	20,38 (4,5)	12,73 (7,17)	-	-	-	0,04	-	-	-
			14,31 (2,99)	9,62 (3,59)	-	-	-	n.s	-	-	-

Continuación

Referencia	Muestra	Variables trabajadas	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	<i>d</i>	<i>Wilconxon</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	df	<i>t</i>	<i>z</i>
Carvajal, A.	32	Autoestima		31,2500						4,240	
		Orientación	26,5000	(3,95811)		-				0,504	
		Positiva al	(5,71548)	12,0000	-	-	-	-	-	2,119	-
		Problema	12,25 (4,107)	(3,14113)	-	-	-	-	-	-	-
		Orientación	9,56 (3,366)	8,4375	-	-	-	-	-	0,531	-
		Negativa al	10,75 (3,130)	(4,09827)	-	-	-	-	-	-	-
		Problema	8,31 (3,842)	10,7500	-	-	-	-	-	-	-
		Solución Racional	7,00 (2,898)	(2,20605)	-	-	-	-	-	0,185	-
Beckford, D.	41	Estilo Impulsivo		7,7500						-	
				(4,35890)						0,835	
			25.625	12.2500		-					
		Ansiedad	(15.1180)	(6.75595)	-	-	-	-	-	2.722	-
		Depresión	19.125	6.1250	-	-	-	-	-	3.997	-
			(13.8307)	(5.27629)							
Montañez, P.	125	Depresión	42.33	9.83	-	-	-	-	-	7.306	-
Herrera, S.	102	Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ascencio, E.	62	TEPT					0.16				
		Inventario de					(0.69)				
		Cogniciones	36.62 (7.01)	13.43 (6.75)	-4.43	-	3.37				
		Postraumáticas	14.62 (2.75)	8.13 (3.07)	-2.12	-	(0.07)	-	-	-	-
		Escala de	24.33 (6.31)	10.53 (6.68)	-2.55	-	0.39	-	-	-	-
		Inadaptación	31.51 (10.26)	8.94 (6.93)	-3.19	-	(0.54)	-	-	-	-
		BDI	24.29 (5.06)	33.02 (4.55)	2.62	-	0.11	-	-	-	-
		Escala de					(0.74)				
		Autoestima					0.04				
							(0.85)				

Continuación

Referencia	Muestra	Variables trabajadas	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	<i>d</i>	<i>Wilconxon</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	df	<i>t</i>	<i>z</i>
Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Malpass, A., Millband, S., Morris, R., Zammit, S. & Lewis, N.	4	Depresión	29,25	14	-	-	-	-	-	17 8589 7133	-
Iverson, K., Resick, P., Suvak, M., Walling, S. y Taft, C.	53	Síntomas postraumáticos	14,86 (5,51)	3,11 (3,56)	-	-	204,93	-	-	-	-
		Depresión	24,18 (14,04)	3,83 (3,7)	-	-	62,09	-	-	-	-
		Ansiedad	24,21 (12,39)	6,11 (4,81)	-	-	**	-	-	-	-
		Autoestima	28 (2,45)	33,56 (4,09)	-	-	67,01	-	-	-	-
							**	-	-	-	-
							8,55				
Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L.	126	TEPT	26,56	-	55	-	-	-	-	-	-
		Depresión	25,33	-	58	-	-	-	-	-	-
Iverson, K., Shenk, M., Fruzzetti, C. & Frutezzi, A.	21	Bienestar	23,90 (7,45)	18,85 (8,27)	-	-	-	-	-	3.196	-
		Problemas	23,36 (7,49)	15,23 (6,77)	-	-	-	-	-	4.951	-
		Marcha	15,05 (5,70)	12,62 (8,23)	-	-	-	-	-	1.337	-
		Riesgo	7,34 (6,52)	1,48 (2,91)	-	-	-	-	-	3.945	-
		Psicológico	18,86 (6,39)	14,63 (6,96)	-	-	-	-	-	2.925	-
		Todo sin Riesgo									

Fuente: Isaza, M. y Muslaco, K

Discusión

La violencia contra la mujer es declarada como una violación a los derechos humanos y una problemática de salud pública a nivel mundial, la violencia por parte de la pareja íntima es la forma más común de violencia contra las mujeres (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Debido a las secuelas que genera la violencia doméstica a nivel físico, sexual y emocional son graves, tales consecuencias no solo repercuten en la mujer, sino que también en la sociedad ya sea a corto o largo plazo, dejando costos sociales y económicos enormes (OMS, 2017).

Es pertinente y oportuno que los profesionales de la salud conozcan los indicadores de este tipo de violencia, en vista que estos son entes responsables de brindar un asesoramiento o servicio adecuado a las mujeres víctimas y que puedan abordarlo de manera eficaz, aún en aquellos casos donde no reporte su situación, en caso de que sí reporte, el profesional debería tener una postura adecuada para trabajar con estos pacientes (Arroyo, 2016).

El objetivo principal fue evaluar la evidencia empírica de los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja entre las edades de 18 a 65 años, con la finalidad de realizar un análisis de la eficacia de las intervenciones que se le brinda a esta población.

En cuanto a uno de los objetivos específicos, identificar los programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja; se encontraron 50 artículos elegibles con programas de intervención de dicho enfoque, no obstante, en algunos casos se identificaron múltiples informes de un mismo estudio ($n=12$), debido a que eran informes idénticos o con diferente población y resultados. A esos

informes se les realizó un trabajo minucioso, encontrando el estudio más integral según las recomendaciones del Manual Cochrane (Bannura, 2017; Higgins & Green, 2011). Por lo tanto, 38 fueron los estudios seleccionados.

Dentro de los países con mayor cantidad de publicaciones de estudios con relación a violencia de pareja se destaca España, seguido de Estados Unidos, Reino Unido, Panamá y Canadá. La prevalencia de publicación de España puede explicarse debido a que este país presenta una alta tasa de violencia contra la mujer, se registra que mujeres de 16 o más años que viven en España, el 14,2 % han sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de su vida por parte de sus parejas o exparejas (Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género, 2019).

Las revistas *Trials* (United Kingdom) y *Journal of Interpersonal* (Estados Unidos), fueron las más empleadas para la publicación de los estudios y sólo cuatro presentaron coautorías y/o colaboraciones internacionales. Actualmente la colaboración científica ha tomado gran importancia frente a la publicación de artículos científicos, dado que esto representa la forma de organización de los científicos para la generación de nuevo conocimiento, redes científicas para comprender y comparar fenómenos en diferentes países (González y Gómez, 2014). Pese a esto, fue escaso encontrar colaboraciones, dado que, del total de artículos, solo el 10, 5% se hallaron que registraron una colaboración internacional.

El tipo de estudio más empleado fue el ensayo clínico, actualmente alrededor de 50,000 mil ensayos clínicos se realizan a nivel mundial y ha tomado gran auge en los últimos años (Fors, 2012). Al observar con detalle los datos bibliométricos, se evidencia que existen muchas intervenciones no publicadas en revistas, debido a que son tesis ya sea para optar al pregrado o postgrado; esto en relación con que existe un bajo índice en cuanto a publicaciones de las tesis en revistas científicas (Taype-Rondán, Carbajal-Castro,

Arrunátegui-Salas y Chambi-Torres, 2012). Algunos de los factores asociados a esta baja productividad se relacionan con los asesores de la tesis que en muchos casos no han publicado artículos en revistas o la motivación que le brindan a sus estudiantes no es suficiente para realizar este proceso de publicación (Miyahira, 2015). Dichas tesis se tuvieron en cuenta para el análisis puesto a que hacen parte de la literatura gris, bajo la recomendación del Manual Cochrane al ser identificadas se corre menos riesgo en los resultados de una revisión sistemática (Higgins & Green, 2011).

En lo que concierne al país que más registra revistas se encontró a Estados Unidos, tanto como Inglaterra y Canadá, países desarrollados como estos, consideran las publicaciones académicas como una Industria en sí misma (Romero- Torres, Acosta-Moreno y Tejada-Gómez, 2013). En cuanto a Colombia, registró solo una revista dentro de los estudios que se seleccionaron en esta revisión, el factor de impacto que registra esta revista colombiana presenta un índice bajo, ubicándose en el último cuartil. Aunque en los últimos años las publicaciones en Colombia han aumentado de manera sustancial, se han detectado algunas limitantes como la publicación en revistas de bajo impacto, además se afirma que las publicaciones de investigadores colombianos tienen baja presencia en índices internacionales (Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación [Colciencias], 2016).

Así mismo, para esta investigación se determinó dentro de sus criterios de inclusión la edad entre 18 y 65 años, pese a esto, se observó varios estudios que dentro de sus muestras tenían edades que oscilaban entre los 16 a 67 años, es decir, realizaron intervenciones con mujeres menores de edad, esto frecuentemente se debe a que las mujeres jóvenes son las más propensas a experimentar violencia por parte de sus parejas (Safranoff, 2017). De hecho, la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) señala que existe un gran

porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja alguna vez durante sus vidas (OPS, 2012).

Por otra parte, la deserción o abandono que se registraron en las intervenciones algunas fueron altas, este problema del fenómeno de deserción en la intervención se presenta con mucha frecuencia, ocasionando conflictos tanto teóricos como prácticos en los profesionales de la salud (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009). Si bien existe escasa literatura con relación a la deserción terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009). Sin embargo, no se encontró relación en las cifras de abandono con respecto a la edad o estado socioeconómico.

En lo concerniente al objetivo específico caracterizar los programas de intervención cognitivo-conductual para las mujeres víctimas de violencia de pareja en término de diseño, aplicación e impacto, se encontró en cuanto al diseño, que el más frecuente es de tipo cuasi experimental, estos estudios se distinguen de los experimentales por la ausencia de asignación aleatoria de los grupos. Esta ausencia puede conducir a conclusiones erróneas o con poca potencia para el rechazo de las explicaciones de las variables (Bono, 2012). Se registró que la mitad de los estudios no utilizó asignación aleatoria, si bien investigaciones como la de Pomeranz (2011) afirma que para un mejor impacto en los resultados de las intervenciones o investigaciones la asignación aleatoria representa la forma más adecuada para este proceso de calidad.

Referente a la aplicación, la mayoría de los estudios usaron formato de intervención grupal, con frecuencia semanal y el número de sesiones oscilaron entre 4 y 20. En las intervenciones con mujeres víctimas de violencia de pareja frecuentemente recomiendan que se imparta de manera grupal, debido a que el apoyo social representa un

factor de protección y de resiliencia hacia aquellas mujeres que lo necesitan, debido a que entre más apoyo sientan mejor será su autoestima, tendrán una visión más positiva de la vida y ayudará a reducir el aislamiento social que estas presentan (Mestre, Tur, y Samper, 2008). La terapia grupal trabaja tres aspectos: el individual, el grupal y el social, por tanto, se pueden obtener mayores beneficios cuando se trabaja de esta manera (Serebrinsky, 2012). Es pertinente recordar que luego de terminar las intervenciones grupales, son necesarias sesiones individuales para tratar con mayor atención los eventos traumáticos que dificultan la disminución de las sintomatologías (Carvajal, 2015).

Entre las variables evaluadas, las más frecuentes que se reportan son la depresión, ansiedad y TEPT, con relación al estudio realizado por Prieto (2014), la violencia doméstica es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud física y psicológica, se presenta de diversas condiciones y gravedad, las mujeres que han sido maltratadas por su pareja generalmente presentan problemas con su salud mental, como depresión, ansiedad, el TEPT, trastorno de la conducta alimentaria y trastorno del sueño.

En relación con la frecuencia de las sesiones, se observó que la mayoría de los estudios se reunían de manera semanal, la cual es técnicamente la más recomendable, dependiendo de las necesidades del paciente (Asociación psiquiátrica de Latinoamérica, 2016). De hecho, la terapia cognitivo conductual es un tipo de terapia breve (Chávez-León, Benítez-Camacho, Ontiveros, 2014), normalmente las terapias con TCC tienen una duración entre 10 y 20 sesiones (Puerta y Padilla, 2011), este tipo de enfoque, generalmente no supera las 20 sesiones (Minici, Rivadeneira, y Dahab, 2006). Dentro de los estudios reportados la mayoría reportó tener de 8 a 15 sesiones, mientras que en otros artículos no se registró el número de terapias usadas y en particular un estudio “*Problem solving therapy (PST) tailored for intimate partner violence (IPV) versus standard PST and enhanced usual*

care for pregnant women experiencing IPV in rural Ethiopia: protocol for a randomised controlled feasibility trial” (Keynejad, Bitew, Sorsdah, Myers, Honikman, Medhin, Deyessa, Sevdalis, Tol, Howard & Hanlon, 2020) reportó tener solo 4 sesiones.

La terapia cognitivo conductual ha sido uno de los enfoques más recomendado para el abordaje de violencia de pareja, debido a que trabaja en los traumas o problemas psicológicos, registrándose evidencia científica que sustenta la efectividad para la reducción de los síntomas de trastornos asociados a la exposición de la violencia, además se afirma que es uno de los más eficaces para la atención de diversos trastornos (APA, 2017; Beck, 1983; Bermann & Graff, 2015; Lucânia, Velério, Barison & Miyazaki, 2009; Petersen, Zamora, Fermann, Crestani, & Habigzang, 2019).

Unas de las clasificaciones más usada para las técnicas de TCC es la de Mahoney y Arnkoff (cómo se citó en Almendro, Gómez, Erdocia, Díaz y Jiménez, 2020), quienes realizan una división en tres grandes técnicas: La primera división son las Terapias racionales o de reestructuración cognitiva en la que se puede encontrar la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried, Entrenamiento en Auto instrucciones de Meichenbaum y Goodman. En la segunda división están aquellas técnicas para el manejo de situaciones evocadoras de estrés en las que se identifican el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum, técnicas de Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson, Entrenamiento en auto instrucciones, Inoculación de Estrés; y por último, las Técnicas Destinadas al entrenamiento para el análisis y abordaje de problemas, en la que se incluye a la Terapia de Solución de Problemas Sociales, Terapia de Solución de Problemas Interpersonales (Ruíz *et al.*, 2012). De las técnicas que más se usaron en los estudios elegibles de esta investigación, se observa la reestructuración cognitiva, psicoeducación, técnicas de relajación, solución de

problemas y entrenamiento de control, dentro de estos estudios algunos no reportaron las técnicas utilizadas y otros solo usaron una sola técnica de TCC.

Con lo que atañe a los instrumentos de evaluación se observa que todos los estudios de esta revisión usaron, dada la importancia de utilizar esta herramienta que es la evaluación, puesto que permite obtener resultados que generan indicadores valiosos que establecen criterios que posibilitan la línea de intervención (Gonzales, 2007). Por otro lado, la mitad de los artículos no reportaron un seguimiento a sus muestras después del tratamiento, autores como Vera-Villarroel y Mustaca (2006), recomiendan que, para certificar la eficacia de un tratamiento, se debe realizar un seguimiento a los pacientes durante un período fijo después del tratamiento (al menos de 12 meses). Aunque se observó que hay intervenciones que realizaron el seguimiento a los 3 meses o a los 6 meses, se recomienda que después de la terminación del tratamiento se documenten nuevos datos para corroborar el grado de mantenimiento del cambio terapéutico, se sugiere que sea un primer momento a los 3 meses, el siguiente a los 6 meses y el último a los 12 meses, estos datos que se recogen se comparan con el resultado final obtenido en el programa para evaluar cómo está el paciente y si ha habido un mantenimiento del progreso, una mejora adicional o un deterioro (Bados y García, 2009).

Entre los estudios revisados que registraron al profesional de la salud que aplicó el tratamiento, dan cuenta que la mayoría fueron terapeutas, sin embargo, algunos reportan ser impartidos por facilitadores, asesores, maestros o psicólogos de áreas como la forense. Los tratamientos psicológicos deben ser aplicados por psicólogos clínicos, debido a que son expertos en los problemas del comportamiento humano y que utilizan técnicas especializada de evaluación tal como la entrevista, la historia clínica, test, cuestionarios, entre otros (Labrador, Vallejo, Mantellanas, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvos, 2002).

La violencia de pareja obliga para su análisis un abordaje integral y multidimensional, así como para su comprensión la utilización de enfoque de género debido a la relación de poder, subordinación, que rodean las acciones de violencia (Céspedes, 2008). Se registra que más de la mitad de los estudios utilizó enfoque de género, aunque así mismo se reporta múltiples artículos que no utilizan este enfoque para su intervención.

En cuanto al impacto, las mayorías de las evaluaciones subyacen de la comparación de un grupo que ha sido objeto de la intervención y algún grupo equivalente que no lo ha sido (Apodaca, 1999). En lo que respecta al estadístico más frecuente en la validez externa de los estudios, se encontró que el d de cohen es el más usado, esto en concordancia a investigaciones registran que este coeficiente aparece entre el 9 % y el 12 % de revistas psicológica, y se incluyen entre las recomendaciones para el análisis de datos. Siendo la d de cohen la más utilizada para examinar la diferencia de medias estandarizadas entre dos grupos independientes (Ventura-León, 2018).

De la misma forma, la t de student, se encuentra entre las pruebas estadísticas más usadas dentro de los estudios, esto es debido a que es frecuentemente usado cuando en una población se selecciona una muestra de estudio y se realizan dos mediciones de una misma variable (antes y después del tratamiento), para conocer el cambio significativo que hubo dentro de la intervención. Muchas investigaciones recomiendan que se tenga un tamaño de muestra grande, puesto que si se encuentra una pequeña diferencia se dice que es estadísticamente significativa, por el contrario, cuando se presentan tamaños muestrales pequeños, grandes diferencias pueden no resultar estadísticamente significativas (Begoña, 2005).

En investigaciones psicológicas se reporta que la mayoría trabaja con muestras pequeñas o casos de estudios con sujeto único, lo cual se ve afectado la representatividad de

la población del estudio. Debido a que se debe tener en cuenta el tipo de investigación para determinar el tamaño muestral, por ejemplo, en caso de que sea una investigación descriptiva el tamaño muestral es de gran importancia, así como las investigaciones correlacionales o explicativas, el tamaño de la muestra es de suma importancia para los resultados, sin embargo, no es una condición excluyente para la calidad de la investigación (Argibay, 2009). En los estudios se reporta que la mayoría usó tamaños muestrales entre 1 a 50 mujeres para participar en los programas de intervención.

Por otro lado, el grado en el que se establece conclusiones acerca de los efectos que se presentaron en una intervención según el Manual Cochrane depende especialmente de los datos y resultados que se han incluido en estos estudios como válidos (Higgins & Green, 2011). Con respecto a la validez interna de los estudios, el cual se relaciona si los estudios respondieron a su pregunta de investigación adecuadamente, la evaluación del riesgo de sesgo se dirige directamente a este punto, para esto el Manual Cochrane ofrece una evaluación basada en dominios, los cuales se encuentra: sesgo de selección, realización, detección, desgaste, notificación y otros sesgos; se clasifica esta evaluación en ‘Bajo riesgo’ de sesgo, ‘Alto riesgo’ de sesgo y ‘Riesgo poco claro’ de sesgo (Higgins & Green, 2011).

No todos los estudios cuentan con información clara de cómo se llevó a cabo la investigación para ser evaluada según los dominios, teniendo en cuenta que el primer paso para una lectura crítica de los artículos es conocer su diseño de investigación científica, seguido del correcto ocultamiento de la asignación a los grupos, lo cual hace necesario que dentro de las investigaciones se tenga en cuenta el cegamiento de los: pacientes, operadores, evaluadores de los resultados y estadístico; aunque en muchas investigaciones es difícil realizar el enmascaramiento, esta parte es importante para evitar alto riesgo de sesgos (Palacios, Ojeda, Ticse y Cajachagua, 2015).

En cuanto al sesgo de selección que evalúa las diferencias sistemáticas de los estudios, este ocurre cuando ocurre un error sistemático en la selección de los sujetos, es decir, si dentro de la investigación se obtiene la asignación aleatoria de manera exitosa (Higgins & Green, 2011), reportándose dentro de los estudios diversos artículos que se ubican dentro la clasificación de “Alto riesgo” de sesgo de selección. Por otro lado, el sesgo de realización se refiere a describir todas las medidas utilizadas en cuanto al cegamiento de qué intervención recibieron los participantes, este proceso es aplicado tanto a los participantes como al personal del estudio, aunque este cegamiento no siempre es posible de realizar (Alarcón, Ojeda, Ticse y Cajachagua, 2015; Higgins & Green, 2011), en este punto se observa que la mayoría de los estudios se encuentra en “Riesgo poco claro”, debido a que no proporcionan mucha información para determinar el riesgo que obtuvieron.

En riesgo de detección, se observa que la mayoría se ubicó en alto riesgo de sesgo, este punto se relaciona debido a que no utilizaron alguna medida para cegar a los evaluadores del estudio al conocimiento de qué intervención recibió el participante, este aspecto está directamente conectado con los resultados de la intervención (Alarcón *et al.*, 2015; Higgins & Green, 2011). En relación al sesgo de desgaste, se reporta que los artículos se encuentran entre alto riesgo y riesgo poco claro, esto puede ser debido a la manera en los estudios describieron los abandonos y las exclusiones, específicamente los motivos de las deserciones/exclusiones o las inclusiones que tuvieron, es de suma relevancia conocer la cantidad de abandonos que se presentaron durante las investigaciones y que estos estén reportados en el estudio, también es fundamental considerar el reporte selectivo de la información, debido a que en ocasiones el investigador manipula a su conveniencia los

resultados que frecuentemente no son los mismos que se plantearon al inicio de la investigación, los cuales deberían estar registrados (Palacios *et al.*, 2015).

Asimismo, el sesgo de notificación de diversos artículos se registra como alto riesgo, esto debido a las diferencias sistemáticas entre los resultados presentados y los no presentados, generalmente en los estudios es más probable que presente los análisis con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención que los que presentan diferencias no significativas (Higgins & Green, 2011). Con respecto a los otros riesgos en los estudios, se observa que diversas investigaciones reportan un alto riesgo, esto puede ser debido a aquellos otros problemas no abordados en los apartados anteriores.

Es importante mencionar que cada una de las intervenciones obtuvieron tanto puntos débiles como fortalezas, entre las fortalezas que se destacan está el número de sesiones aplicadas a las mujeres víctimas en los tratamientos, las variables de estudio que escogieron para evaluar y que la mayoría de los estudios fue aplicado por un psicólogo clínico, entre las debilidades que se destacan se observa el bajo número representativo de la muestra usada para las intervenciones y el no uso de grupo control, el cual genera un grado de riesgo de sesgo en las investigaciones.

Conclusiones y recomendaciones

A partir de los hallazgos de la presente revisión sistemática se concluye que la mayoría de los estudios no proporcionan suficiente información que permita determinar la eficacia de sus intervenciones. Así como se menciona en una investigación, existe escasa información acerca de las prácticas de intervención más eficaces y de la forma de evaluar el efecto de las diferentes intervenciones en mujeres víctimas de violencia de pareja (ONU, 2006; Billings *et al.*, 2008). En los últimos años se ha desarrollado un auge en identificar las intervenciones con apoyo empírico o también llamadas intervenciones apoyadas en la evidencia. De las cuales se afirma que un tratamiento es probablemente eficaz cuando dos estudios han demostrado que la intervención ha sido eficaz, un grupo control que se esté en lista de espera, así como también dos estudios que cumplan los criterios del tratamiento bien establecidos demostrado por dos investigadores o dos grupos de investigaciones diferentes para validar la eficacia de este (Vera-Villarroel, 2004).

Esta investigación nutre al semillero Cognitivo conductual, ya que lo evidenciado permite conocer el trabajo del psicólogo en el campo aplicativo, en cuanto a los procesos que se deben tener presentes al momento de realizar intervenciones con mujeres víctimas de violencia de pareja y que tendrá un impacto en la salud mental de las mismas.

Limitaciones de la revisión

Una de las limitaciones que se encontró en la revisión actual fue la creación de los códigos en la base de datos, si bien se delimitó los términos metodológicos y clínicos del estudio, en la primera búsqueda realizada por las investigadoras no se registró suficientes estudios para la revisión, lo cual postergó el avance de la investigación llevando a realizar una segunda búsqueda con un replanteamiento de códigos tanto en español como en inglés de manera más eficiente a partir de la combinación de los términos.

Otra limitación encontrada es el nivel de análisis estadístico de las autoras de esta investigación, el cual se realizó desde un proceso metodológico, sin embargo, si se realiza un análisis más detallado se registraría muchas más inferencias estadísticas y resultados significativos de esta revisión. No obstante, la mayoría de los estudios encontrados evidencian la escasez de información reportada para evaluar las intervenciones en términos de diseño, aplicación e impacto.

Asimismo, para la detección de sesgos no se utilizó el software sugerido por Cochrane “Revman. 5.0”, este procedimiento se realizó de forma manual mediante el programa Excel.

Recomendaciones finales

La violencia de pareja es una problemática que no solo afecta la salud pública, sino que también la economía y sociedad a nivel mundial, por tanto, es importante establecer tratamientos bien estructurados basados en la evidencia.

Teniendo en cuenta los hallazgos, se sugiere a los autores que realicen publicaciones de programas de intervención, incluir mayor cantidad y calidad de información tanto de los participantes como de la TCC, para así enriquecer la

caracterización y tener mayor sustento al evaluar los programas, así mismo, para los profesionales de la salud tener en cuenta la evaluación de seguimiento del tratamiento, debido a que permite conocer el mantenimiento o cambio que se ha obtenido el paciente durante la intervención realizada, por otro lado se recomienda utilizar un número adecuado de muestra representativa de la población de mujeres víctimas de violencia de pareja para que así las conclusiones obtenidas puedan ser generalizadas sin ningún inconveniente y por último, tener en cuenta el uso de un grupo control durante las intervenciones, ya que trae consigo ventajas como la comparación del efecto de la intervención entre los grupos.

A investigaciones futuras se recomienda enriquecer la búsqueda con otros idiomas como el portugués e implementar el Software Revman para el análisis de sesgos.

Referencias

- Adam, A. (2013). Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. *Gac. int. cienc. forense* (9), 23-31. Recuperado de https://www.uv.es/GICF/4A1_Adam_GICF_09.pdf
- Alarcón, M., Ojeda, R., Ticse, I. y Cajachagua, K. (2015). Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: Riesgo de sesgo. *Rev. Estomatol Herediana* 25(4), 304-308. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n4/a08v25n4.pdf>
- Almendro, M., Gómez, A., Erdocia, A., Díaz, A., y Jimenez, G. (2020). *Psicoterapias*. CEDE. Recuperado de <https://www.pir.es/muestra6edipir/06psicoterapias.pdf>
- American Psychological Association [APA]. (2002). *Criteria for Practice Guideline Development and Evaluation*. Recuperado de <https://www.apa.org/practice/guidelines/criteria>
- American Psychological Association [APA]. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Recuperado de <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Argibay, J. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13 (1), 13-29. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630252001.pdf>
- Argimón, J. y Jiménez, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. España: Elsevier. Recuperado de <http://www.indesgua.org.gt/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=8143>

Arroyo, G. (2016). Violencia de pareja y la responsabilidad del personal de salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33 (1), 133-144. Recuperado de

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00133.pdf>

Asamblea Anual de la sociedad española (2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Recuperado de

<http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de

http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejoscolares/archivos/declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf

Asociación Americana de Psicología [APA]. (2017). *Tratamientos de TEPT*. Recuperado de <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/index>

Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL]. (2016). *Manual de Psicoterapias: Importancia de las Psicoterapias en Psiquiatría desde diferentes perspectivas*.

Recuperado de <http://www.apalweb.org/docs/manualpsicoterapias.pdf>

Azam, P., Naylor, P., Croot, E., O'Cathain (2014). Intimate Partner Violence in Pakistan: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 16. Recuperado de

<https://ezproxy.cuc.edu.co:2134/doi/full/10.1177/1524838014526065>

Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. IPCS.

Recuperado de

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADstic
cas%20y%20modelos.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf)

Bados, A. y García, E. (2009). *El proceso de evaluación y tratamiento*. IPCS. Recuperado de

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervenci%
C3%B3n.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervenci%C3%B3n.pdf)

Banco Interamericano de desarrollo [BDI] (2020). Violencia contra la mujer. Recuperado de <https://www.iadb.org/es/gender-and-diversity/violencia-contra-la-mujer>

Bannura, G. (2017). Publicación duplicada y autoplagio en publicaciones médicas. *Rev Chil Cir.*, 69 (1), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.11.009>

Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer Bermann, Community-based intervention for women exposed to intimate partner violence: A randomized control trial. *Journal of Family Psychology*, 29(4), 537-547. doi: 10.1037/fam0000091

Begoña, F. (2005). Análisis de los datos de un proyecto de investigación. *Matronas Profesión*, 6(3): 30-36. Recuperado de http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/Bego%C3%B1a_Bermejo.pdf

Billings, D., González-Focke, M., Santoyo, T., y Rivas-Oropeza, I. (2008). Programas internacionales de intervención para agresores y mujeres víctimas de violencia de pareja. En Híjar, M. y Valdez, R. (Eds.), *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores*. (pp. 15-42). Cuernavaca, México:

Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperada de

<http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/insp01.pdf>

Blumer, H. (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems*, 18 (3), 298-306. Recuperado de

https://www.jstor.org/stable/799797?seq=1#page_scan_tab_contents

Bogantes, J. (2008). Violencia Doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*. 25(2), 55-60.

Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n2/3739.pdf>

Bolaños, F. y Hernández Castrejón, A. (2018). Efectividad de las intervenciones en la violencia de pareja ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(35), 33-61. doi:

<https://doi.org/10.18359/rlbi.3380>

Bono, R (2012). Diseño Cuasi-experimentales y longitudinales. Recuperado de

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>

Brysk, A. (2013). Introducción: violencia de género y relaciones internacionales. *Revista*

CIDOB d'Afers Internacional, (117), 7-28. Recuperado de

<http://www.corteidh.or.cr/tablas/r37872.pdf>

- Buitrago, A. (2008). Violencia intrafamiliar le cuesta al país \$8,7 billones, por año: un 4% del PIB. *Portafolio*. Recuperado de <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/violencia-intrafamiliar-le-cuesta-pais-billones-ano-pib-230494>
- Cagigas, A. (2004). El patriarcado como origen de la violencia doméstica. *Dialnet*, 5, 307-308. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=206323>
- Cárdenas, G., y Polo, J. (2014). Ciclo intergeneracional de la violencia doméstica contra la mujer: Análisis para las regiones de Colombia. *Revista de Economía del Caribe*, 2. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/view/7062/6565>
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D., Álvarez-Dardet., C. (2007). *¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática*. Revista Panamericana de salud Pública. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n1/55-63/es/#ModalArticles>
- Cascardi, M, O'Leary, K. & Schlee, K. (1999). Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. *Journal of family violence*, 14, 227-249. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022827915757>
- Céspedes, F. (2008). Análisis de la violencia doméstica desde una perspectiva de género. (Tesis de pregrado). Recuperado de

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18337/1/TTS_C%C3%A9spedesFabiana.pdf

- Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E. y Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud mental* 37 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200004
- Cohen, L., Field, C., Campbell, A., y Hien, A. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: A secondary analysis of NIDA clinical trials network "Women and Trauma" multi-site study. *Addictive Behaviour*, 38, 2325-2332. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584194/>
- Cos-Montiel, F. (2019). Eliminar la violencia contra las mujeres en América Latina y el caribe: Objetivo imprescindible para el desarrollo sostenible, la igualdad y la paz. *Análisis Carolina*. Recuperado de <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2019/09/AC-19.pdf>
- De Vet, H.C.W., Eisinga, A., Riphagen II., Aertgeerts, B. & Pewsner D. (2008). Chapter 7: Searching for Studies. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Diagnostic Test Version 0.4: The Cochrane Collaboration*. Recuperado de <https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.sdt/files/public/uploads/Chapter07-Searching-%28September-2008%29.pdf>

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación [Colciencias] (2016).

Política Nacional para mejorar el impacto de las publicaciones nacionales.

Recuperado de

https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/noticias/120816-vfpolitica_publindex_2.0_og_ao_miv.pdf

Echeburúa, E., Salaberria, E., de Corral, Paz; Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas

Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3). 247-256. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>

El Banco Mundial. (2017). *El Banco Mundial y la Iniciativa de Investigación sobre*

Violencia Sexual abren la convocatoria de propuestas innovadoras para la prevención de la violencia de género de 2017. Recuperado de

<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2017/08/01/world-bank-sexual-violence-research-initiative-launch-2017-call-for-proposals-for-innovations-in-preventing-gender-based-violence>

Estudio del Secretario General de Naciones Unidas (2006). *Poner fin a la violencia contra*

la mujer. De las palabras los hechos. Recuperado de

<https://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>

Ferreira, I., Urrutia, G. y Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis:

bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688-696. doi: 10.1016/j.recesp.2011.03.029

- Ferreira, M., Carvalho, J., Fermann, I., Crestani, P. y Habigzang, L. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psic. Clin.*, 31(1), 145-165. DOI <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A07>
- Fors, M. (2012). Los ensayos clínicos y su contribución a la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública* 38(5), 771-180. Recuperado <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38suppl5/771-780/es>
- Galtung, J. (1995). Investigaciones teóricas: sociedad y cultura contemporáneas, Madrid, Tecnos, 314. Recuperado de <https://www.worldcat.org/title/investigaciones-teoricas-sociedad-y-cultura-contemporaneas/oclc/50734351>
- Generalí, V. (2020). *Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género*. (Tesis de pregrado). Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/25195/1/ultimatfg_29_02_20_.pdf
- Gobierno de Colombia. (2019). *Bases del plan Nacional de desarrollo 2018-2019*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-2018-2022.pdf>
- Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ciencias médicas. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

- Gonzales, G. y Gómez, J. (2014). La colaboración científica: Principales líneas de investigación y retos de futuro. *La colaboración científica*, 37(4). Recuperado de <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/865/1163>
- González de Dios J, y Balaguer Santamaría A. (2007). Revisión sistemática y metaanálisis (I): conceptos básicos. *Evid Pediatr.*, 3, 1-10. Recuperado de [https://evidenciasenpediatria.es/files/41-10607-RUTA/Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20y%20metan%C3%A1lisis%20\(I\).pdf](https://evidenciasenpediatria.es/files/41-10607-RUTA/Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20y%20metan%C3%A1lisis%20(I).pdf)
- González, E. (2000). La definición y la caracterización de la violencia desde el punto de vista de las ciencias sociales. *Arbor*, 167(657), 153-185. Recuperado de: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1154/1160>
- Guedes, A., García-Moreno, C., Bott, S. (2014). Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14 (1). 41-48. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>
- Gunter, J. (2007). Intimate Partner Violence. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 34 (1), 367-388. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854507000617>
- Hackett, S., McWhirter, P. y Leshner, S. (2015). The Therapeutic Efficacy of Domestic Violence Victim Interventions. *Trauma, violence & abuse*, 17(2). Recuperado de <https://ezproxy.cuc.edu.co:2134/doi/full/10.1177/1524838014566720>

Hegarty, K., Tarzia, L., Hooker, L. y Taft, A. (2016). Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care. *Int Rev Psychiatry*, 28(5), 519-532. doi: 10.1080/09540261.2016.1210103.

Higgins, JPT. & Green, S. (editors) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 5.1.0: The Cochrane Collaboration.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2017). *Forensis, datos para la vida*. (1). Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>

Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. (2019). *Observatorio de violencia*. Recuperado de <https://www.medicinalegal.gov.co/observatorio-de-violencia-contra-la-m>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/insp01.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2015). *Informe del evento de violencia de género en Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2015*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-violencia-genero-2015.pdf>

- Johnson, M. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 12, 1003-1018. Recuperado de 10.1177/1077801206293328
- Johnson, M. (2008). A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence. Northeastern University Press, Inglaterra. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=EzB6A7BuqJoC&oi=fnd&pg=PP1&ots=iJygCff-Cx&sig=VEXMUlaP3UIeGJdnaQdhjHKf6I&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Johnson, M. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 289-296, 10.1016/j.avb.2011.04.006
- Johnson, D. M., y Zlotnick, C. (2006). A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: findings from a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 559-564.
- Labrador, F., Vallejo, M., Mantellanas, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvos, J. (2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Sociedad Española de psicología clínica y de la salud. Recuperado de <http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>
- Kaplan, C., Thompson, A. & Searson, S. (1995). Cognitive behaviour therapy in children and adolescents. *Arch Dis Child.*, 73(5), 472–475. doi: 10.1136/ad.73.5.472

Labrador, F., Paz, P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Pirámide, Madrid.

Lafuente, E. (2015). *Intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género: Taller “Creciendo juntas”*. (Maestría). Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_Lafuente%20Bolufer_Eugenia.pdf?sequence=1

Letelier, L., Manríquez, J., y Rada, G., (2005) Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Revista médica de Chile*, 133(2), 246- 249. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000200015

Ley 1257 de 2008 (diciembre 4). *Diario Oficial Ley 1257 de 2008 (diciembre 4), 2008, 04, 12*. Recuperado de <https://www.rednacionaldemujeres.org/phocadownloadpap/ley%201257%20de%202008.pdf>

Ley 4/2005 (febrero 18). *Para la Igualdad de Mujeres y Hombres*. (274). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-17779-consolidado.pdf>

López, F., Moral, J., Loving, R., y Cienfuegos, Y. (2012). Violencia en la pareja. Un análisis desde una perspectiva ecológica. *Redalyc*, 20 (1), 6-16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/104/10425466009.pdf>

López, T., & Sánchez-Loyo, L. (2015). Violencia doméstica y conducta suicida: relatos de mujeres sobre la violencia y sus efectos. *Acta Universitaria*, 25(2), 57-61.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/416/41648310010/index.html>

Lundy, M., y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women.

What we know, what we need to know. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2, 120-141.

Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/249715415_Clinical_Research_and_Practice_with_Battered_Women_What_We_Know_What_We_Need_to_Know

Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., y Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Elsevier*, 91(3). 149-155. doi:

10.1016/j.ciresp.2011.07.009

Mateus, M. (2009). *Intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar. Análisis del proceso de implementación en la localidad de Suba*. (Tesis de pregrado).

Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/politica/tesis143.pdf>

Méndez, A. (2018). *Intervenciones psicológicas en mujeres adultas agredidas sexualmente: Revisión sistemática*. (Tesis de pregrado). Recuperado de

Revisión sistemática. (Tesis de pregrado). Recuperado de

http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/95146/Tesis_Alelhi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mestre, M.V., Tur, A.M. y Samper, P. (2008), Impacto psicosocial de la violencia de

género en las mujeres y sus hijos e hijas, un estudio empírico en la Comunidad

Valenciana, *Universitat de València, Valencia*. Recuperado de

<http://www.inclusio.gva.es/documents/610706/162187124/Impacto+psicosocial+violencia/ecc45007-3a90-4a65-88f3-52b700600b49>

Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2006). La duración de los tratamientos psicológicos. *Revista de terapia cognitivo conductual* 10, 1-8. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-duracion-de-los-tratamientos-psicologicos.pdf>

Minici, A., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2001). ¿Qué es terapia cognitivo conductual? *Rev. de terapia cognitivo conductual*. 1. 1-6. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. (1). Recuperado de <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Ministerio de Salud y protección social. (2018). *El Gobierno presenta Política Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Sala situacional Mujeres víctimas de violencia de género*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-violencia-genero.pdf>

Miyahira, J. (2015). ¿Por qué la tasa de publicación de las tesis en Medicina es baja? Posibles explicaciones. *Rev. Med Hered*, 26(4). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000400001

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. & the PRISMA Group (2009). Preferred

Molina, J., & Moreno, J. (2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. *Universitas Psychologica*, 14 (3), 997-1008. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64744106017>

Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and health psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>

Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., Villanueva, J., (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. 11(3); 184-186. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-184.pdf>

Office on Women 's health [OWH]. (2019). *Efectos de la violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>

Muñoz, J. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de psicología jurídica*, 26, 2-12. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074015000355>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>

Organización de las Naciones Unidas, ONU Mujeres. (2014). *La violencia contra la mujer*.

Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women/2014/violence>

Organización de las Naciones Unidas, ONU MUJERES. (2018). *Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado de

<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la salud [OMS]. (2005). *Estudio pionero sobre la violencia doméstica*. Recuperado de

<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *OMS afirma que la violencia de género es un problema de salud pública*. Recuperado de

<https://news.un.org/es/story/2013/06/1275001#:~:text=OMS%20afirma%20que%2>

0la%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20es%20un%20problema%20de%20salud%20p%C3%ABlica,-
Victimas%20de%20violencia&text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,las%20mujeres%20en%20el%20mundo

Organización Mundial de la salud [OMS]. (2013). *Violencia infligida por la pareja*.

Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/20184-ViolenciaPareja.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización mundial de la salud [OMS]. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Estrategia de la OMS para los sistemas de salud*. Recuperado de <https://www.who.int/healthsystems/strategy/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Informe de Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Recuperado de www.paho.org/violence

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>

- Palacios, M., Ojeda, R., Ticse, I. y Cajachagua, K. (2015). Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: Riesgo de sesgo. *Rev. Estomatol Herediana*, 25(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n4/a08v25n4.pdf>
- Parveen, A., Naylor, P., Croot, E. y O’Cathain, A. (2014). Intimate Partner Violence in Pakistan: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 16(5). Recuperado de <https://ezproxy.cuc.edu.co:2134/doi/full/10.1177/1524838014526065#ujer>
- Peixoto, C. y Rodríguez, Y. (2010). Violencia de género: un problema de conflicto social. La situación en España. *Conflicto Social*, 3 (4). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/228970044_Violencia_de_genero_un_problema_de_conflicto_social_La_situacion_en_Espana
- Peixoto, J. y Gessolo, K. (2008). Violencia de género: nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde soc.* 17 (3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300016>
- Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicología Clínica*, 31(1), 145-165. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A07>
- Pietri, M., Bonnet, A. (2017). Analysis of early representations and personality among victims of domestic violence. *Revue Européenne de Psychologies Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 67(4), 199-206. Recuperado de <https://bit.ly/2mnrkK0>

Pomeranz, D. (2011). Métodos de evaluación. Recuperado de

https://www.hbs.edu/faculty/supplemental%20Files/Metodos-de-evaluacion-de-impacto_50067.pdf

Porrúa, C., Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Martín-Peña, J.y

Saldaña, O. (2010). Análisis de las estrategias de abuso psicológico en la violencia de pareja. *Información Psicológica*, 99, 53-63. Recuperado de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84973885808&origin=inward&txGid=ae2931d3a1df881b0a191ba887f060a3>

Prieto, M. (2014). Violencia de pareja, repercusiones en la salud mental de la mujer. *Rev.*

enferm. CyL, 6(2), 93-97. Recuperado de

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/122/103>

Prinsen C., Mokkink, L., Bouter, L., Alonso, J., Patrick, D., de Vet, H. & Terwee, C. (2018).

COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures.

Quality of Life Research. Doi: doi.org/10.1007/s11136-018-1798

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [PNUD]. (2015). *Objetivos de*

desarrollo sostenible (ODS). Recuperado por

<https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Programas de las naciones unidas. (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado

de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2). 251-257.

Redacción Nacional (8 marzo del 2018). Cada 28 minutos una mujer es víctima de violencia de género en Colombia. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/en-2018-3014-mujeres-han-sido-victimas-de-violencia-de-genero-articulo-743228>

Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>

Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. y Carroble, J. A. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: en pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de Psicología*, 36, 299–314. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97017406005>

Romero-Torres, M., Acosta-Moreno, L. y Tejada-Gómez, M. (2013). Ranking de revistas científicas en Latinoamérica mediante el índice *h*: estudio de caso Colombia. *Revista Española de doc. cient.* 35 (1). Recuperado de <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/773/908>

Rondón, A., Otálora, I. y Salamanca, I. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica.

- International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023513007.pdf>
- Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Recuperado de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>
- Safranoff, A. (2017). Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? *Salud colectiva* 13(4). 611-632. DOI: 10.18294/sc.2017.1145
- Salas, L. (2005). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas. *Desarrollo y sociedad*. 225-337. Recuperado de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.13043/dys.56.8>
- Sanmartín, J. (2008). ¿Hay violencia justa? Reflexiones sobre la violencia y la justicia basada en los derechos humanos. (43), 7-14.
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo" 10 (2). 132-155. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545462001.pdf>
- Silva, P., Kerber, N., Santos, S., Oliveira, M., Silva, M. & Dos Santos, L. (2012). La violencia contra la mujer en el ámbito familiar: estudio teórico sobre la cuestión de género. *Enfermería Global*, 11(26), 251-258. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200017>

Simpson, L., Doss, B., Wheeler, J., & Christensen, A. (2007). Relationship violence among couples seeking therapy: Common couple violence or battering? *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 270–283. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2007-06428-012>

Stallard, P. (2007). *Pensar bien y sentirse bien: Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Editorial desclée de brouwer, S.A
Recuperado de https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/pensar_bien_-_sentirse_bien__ma_-_stallard_paul1.pdf

Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (2019). Resumen ejecutivo de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Resumen_Ejectutivo_Macroencuesta2019.pdf

Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. Recuperado de https://docksci.com/intimate-partner-violence-prevalence-health-consequences-and-intervention_5a55eb6fd64ab2a5f7fb5a61.html

The Campbell Collaboration (2014). Campbell systematic reviews: policies and guidelines Series.1 doi: 10.4073/cpg.2016.1.

Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Farré, M., Hegarty, K. & Torrens, M. (2014). The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have

experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis.

Annals of Medicine, 46(8), 1-20. DOI 10.3109/07853890.2014.941918

Torre, P. & Espada, D. (1996). Violencia en casa. Santillana, España. Recuperado de https://books.google.com.co/books/about/Violencia_en_casa.html?id=Sq7yAAAAMAAJ&redir_esc=y

Trabold, N., McMahon, J., AlsoBrooks, S., Whitney, S. y Mittal, M. (2018). A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners. *Trauma, violence & abuse*, 21(2). Recuperado de <https://ezproxy.cuc.edu.co:2134/doi/full/10.1177/1524838018767934>

Turner, S., Beidel, D., Spaulding, S. y Brown, J. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292392720_The_practice_of_behavior_therapy_A_national_survey_of_cost_and_methods

Turvey, B. (2009). Forensic Victimology. *Elsevier Inc.* Recuperado de https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780123740892/Sample_Chapters/01~Front_Matter.pdf

Ucrânia, E., Valerio, N., Barison, S., & Miyazaki, M. C. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: Estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 817-826.

United Nations Secretary-general's Campaign (2009). Violencia contra la mujer.

Recuperado de <https://www.iadb.org/es/gender-and-diversity/violencia-contra-la-mujer>

Urrútia, G., y Boffil, X. (2010) Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-5011. Recuperado de https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf

Vargas, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Médica Herediana*, 28(1), 2017, 48-58. Recuperado de <https://bit.ly/2GN2coI>

Ventura-León, J. (2018). Otras formas de entender la d de Cohen. *Revista Evaluar*, 18 (3). 73-78. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/329544433_Otras_formas_de_entender_la_d_de_Cohen

Vera-Villaruel, P. & Mustaca, A. (2006) Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista latinoamericana de psicología*. 38 (3), 551-565. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2199498>

Vera-Villaruel, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia Liberabit. *Revista de Psicología*, 10, 4-10.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/686/68601001.pdf>

Vidal, M., Oramas, J., y Radamés, C. (2015). Revisiones sistemáticas. *Scielo*. 29 (1).
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100019

Vieyra, C., Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M., & Virseda, J. (2009). Estado de Salud Mental en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que acuden a la Procuraduría General de Justicia del Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 1405-0943.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613007>

Walker, L. (2009). *El síndrome de la mujer maltratada*. A desclée de brouwer. Recuperado de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433026095.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2013). *World Health Statics Indicator compendium*.
Recuperado de https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf

World Health Organization. (2005) . *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. [WHO]. (2016). *WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250758/B138_CONF2-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wynne, B. (2016). Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica. *Encyclopaedia Britannica* [versión electrónica]. Estado Unidos: Encyclopaedia Britannica Inc. <https://www.britannica.com/topic/Agency-for-Healthcare-Research-and-Quality>

Zlotnick, C., Capezza, N. M., y Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 55-65. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042850/>

Referencia de los estudios incluidos en la revisión sistemática

- Allard, C., Norman, S., Thorp, S., Browne, K. & Stein, M. (2018). Mid-Treatment Reduction in Trauma-Related Guilt Predicts PTSD and Functioning Following Cognitive Trauma Therapy for Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–20. doi: 10.1177/0886260516636068
- Arinero, G. (2007). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención para víctimas de violencia doméstica*. (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/7457/>
- Ascencio, E. (2019). Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión atendidas en un centro de salud de José Leonardo Ortiz, 2017 (Tesis de maestría). Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/6937/BC-3259%20MARCELO%20ASCENCIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ayats, M., Cirici R. y Soldevilla, J. (2008). Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiquiatr. Biol.*, 15(2), 29-34. doi: [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(08\)71119-9](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(08)71119-9)
- Beckford, D. (2017). *Psicoterapia Cognitivo Grupal, como tratamiento a un grupo de Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica que presentan Sintomatología Depresiva* (Magister). Universidad de Panamá. Recuperado de <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1726>
- Brierley, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Evans, M., Fackrell, M., Ferrari, G., Hollinghurst, S., Howard, L., Howarth, E., Malpass, A., Metters, C., Peters, T., Saeed, F., Sardhina, L., Sharp, D. & Feder, G. (2018). Psychological advocacy

toward healing (PATH): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 1-9. doi:10.1186/1745-6215-14-221

Carvajal, A. (2015). *Eficacia de programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático, resultados de un estudio piloto* (Tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficacia%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>

Claire, M., Rees, S., Likindikoki, S., Bonz, A., Joscelyne, A., Kaysen, D., Nixon, R., Njau, T., Tankink, M., Tiwari, A., Ventevogel, P., Mbwambo, J., & Wietse A. (2019). Developing an integrated intervention to address intimate partner violence and psychological distress in Congolese refugee women in Tanzania. *Conflict and Health* 13(38). doi: 13:38 <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0222-0>

Crespo, M y Arinero, M. (2010). Assessment of the Efficacy of a Psychological Treatment for Women Victims of Violence by their Intimate Male Partner. The Spanish Journal of Psychology, 13 (2), 849-863. doi:10.1017/s113874160000250x.

Echeberrúa, E., Sarsua, B. y Zubizarreta, I. (2014). Individual Versus Individual and Group Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women in a Community Setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10), 1783–1801. doi: 10.1177/0886260513511703

Faber, J. & Lee, E. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for a Refugee Mother with Depression and Anxiety. *Clinical Case Studies*, 1-19. doi: <https://doi.org/10.1177/1534650120924128>

Fiorilloa, D., McLeanb, C., Pistorellob, C., Hayesb, S. y Folletteb, V. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with

- trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 104-113. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.11.003
- Ghahari, S., Khademolreza, N., Sadeghi, F., Ghasemnejad, S., Gheitarania, S., & Reza, M. (2017). Effectiveness of Mindfulness Techniques in Decreasing Anxiety and Depression in Women Victims of Spouse Abuse. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care*, 9(1), 28-33. doi: 10.18311/ajprhc/2017/7644
- Graham-Bermann, S., Howell, K., Miller-Graff, L., Galano, M., Lilly, M., Grogan-Kaylor, A. (2019). The Moms' Empowerment Program Addresses Traumatic Stress in Mothers with Preschool-Age Children Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. doi: 10.1080/10926771.2018.1494652
- Habigzang, L., Schneider, J., Frizzo, R, y de Freitas, C. (2018). Evaluation of the Impact of a Cognitive-Behavioral Intervention for Women in Domestic Violence Situations in Brazil. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.eicb>
- Herrera, S. (2015). Terapia cognitivo conductual grupal, enfocada a disminuir la depresión en mujeres maltratadas por sus parejas (Tesis de maestría). Universidad de Panamá. Recuperado de <http://up-rid.up.ac.pa/259/>
- Iverson, K., Resick, P., Suvak, M., Walling, S. y Taft, C. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence among Interpersonal Trauma Survivors. *J Consult Clin Psychol.*, 79(2), 193–202. doi:10.1037/a0022512.

- Iverson, K., Shenk, M., Fruzzetti, C. & Frutezzi, A. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (3), 242–248. doi: 10.1037/a0013476
- Jackson, K., Parkinson, S., Jackson, B., & Mantler, T. (2018). Examining the Impact of Trauma-Informed Cognitive Behavioral Therapy on Perinatal Mental Health Outcomes Among Survivors of Intimate Partner Violence (The PATH Study): Protocol for a Feasibility Study. *JMIR Research protocols*, 7(5). doi:10.2196/resprot.9820
- Keynejad, R., Bitew, T., Sorsdah, K., Myers, B., Honikman, S., Medhin, G., Deyessa, N., Sevdalis, N. Tol, W., Howard, T., & Hanlon, C. (2020). Problem solving therapy (PST) tailored for intimate partner violence (IPV) versus standard PST and enhanced usual care for pregnant women experiencing IPV in rural Ethiopia: protocol for a randomised controlled feasibility trial. *Trials*, 21. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04331-0>
- Labrador, F., Fernández, R., Paz, P. (2019). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-68. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808801.pdf>
- Lombardo, G. (2010). *Programa de intervención grupal basada en la resiliencia para mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica* (Maestría). Universidad de Panamá, Panamá. Recuperado de <http://up-rid.up.ac.pa/551/>
- Madrigal, L., Cardenal, V., Téllez, V., Ortiz-Tallo, M. y Jiménez, E. (2012). Cambios emocionales y alteraciones en la Inmunoglobulina A (IgA) tras el tratamiento

- psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Anales de psicología*, 28 (2), 397-404. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148871>
- Maniccia, D., & Leone, J. (2019). Theoretical framework and protocol for the evaluation of Strong Through Every Mile (STEM), a structured running program for survivors of intimate partner violence. *BMC Public Health*, 19. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6991-y>
- Martinez, L. (2018). *Eficacia de un programa de intervención psicológica grupal para mujeres en situación de violencia de pareja* (Magister). Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/818/2/2018-045T-SA15.pdf>
- Montañez, P. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad Juárez* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/129333#page=1>
- Pilar, M., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D. (2014). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>
- Pitt, K., Feder, G., Gregory, A., Hawcroft, C., Kessler, D., Malpass, A., Millband, S., Morris, R., Zammit, S. & Lewis, N. (2020). The coMforT study of a trauma-informed mindfulness intervention for women who have experienced domestic violence and abuse: a protocol for an intervention refinement and individually randomized parallel feasibility trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 2 (14). 1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0527-1>

- Quesada, M., Everts, F., Hidalgo, A. y Muñoz, J. (2014). Evaluación psicológica en un caso de violencia de género desde el centro de salud mental. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14, 97-110. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6379125>
- Rajesh, A., Weobong, B., Patel, V. & Radha, D. (2015). Psychological treatments for depression among women experiencing intimate partner violence: findings from a randomized controlled trial for behavioral activation in Goa, India. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 779–789. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00992-2>
- Santandreu, M. y Ferrer, V. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/268629431_EFICACIA_DE_UN_TRATAMIENTO_COGNITIVO_CONDUCTUAL_PARA_EL_TRASTORNO_DE_ESTRES_POSTRAUMATICO_EN_VICTIMAS_DE_VIOLENCIA_DE_GENERO
- Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R., y Iborra, A. (2014). Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal. *Apuntes de la psicología*, 32(1). 57-63. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5193942>
- Santos, A., Matos, M. y Machado, A. (2016). Effectiveness of a Group Intervention Program for Female Victims of Intimate Partner Violence. *Small Group Research*, 48(1), 34–61. doi:10.1177/1046496416675226
- Sijbrandij, M., Bryant, R., Schafer, A., Dawson, K., Anjuri, D., Ndogoni, L., Ulate, J., Hamdani, S. & Van Ommeren, M. (2016). Problem Management Plus (PM+) in

the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya, study protocol for a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Syst*, 10 (44). doi: 10.1186/s13033-016-0075-5

Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. y Torrens, M. (2015). A group intervention to reduce intimate partner violence among female drug users. Results from a randomized controlled pilot trial in a community substance abuse center. *Adicciones* 7(3). 168-178. Recuperado <https://doi.org/10.20882/adicciones.703>

Trabold, N., O'Malley, A., Rizzo, L., Russell, E. (2017). A gateway to healing: A community-based brief intervention for victims of violence. *J. Community Psychol.*, 1–11. doi: 10.1002/jcop.21948

Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. (2020). Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies. *annals of psychology* 36 (2), 189-199. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>

Wietse, A., Toll, M., Greene, C., Likindikoki, S., Misinzo, L., Ventevogel, P., Bonz, A., Bass J., Mbwambo, J. (2017). An integrated intervention to reduce intimate partner violence and psychological distress with refugees in low-resource settings: study protocol for the Nguvu cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 17.doi: 10.1186/s12888-017-1338-7

Anexos**Anexo A.** *Esquema de elaboración del banco de búsqueda*

COMBINACIONES			
Psychological Intervention	1	Domestic violence	1
Psychological Program	2	Intimate partner violence	2
Psychological treatment	3	Women victims	3
Cognitive behavioral therapy	4		
<i>Combinación en español</i>			
Intervención psicológica	5	Violencia domestica	4
Programa psicológico	6	Violencia de pareja	5
Tratamiento psicológico	7	Mujeres victimas	6
Terapia Cognitivo conductual	8		

Booleano	
And	1
Y	2

Anexo B. Fragmento de la Matriz de almacenamiento inicial: Estructura general

ALMACENAMIENTO INICIAL										
código de búsqueda	Clasificación de la búsqueda	Autor(es)	Año de publicación	Título de la investigación	Resumen/abstract	País	Idioma	Revista	DOI	
1 1 1 1	NUEVO	Woollett, N., Bandeira, M., Hatcher, A.	2020	Trauma-informed art and play therapy: Pilot study outcomes for	Background: While intimate partner violence (IPV)	United States	Inglés	Child Abuse and Neglect	10.1016/j.chabu.2020.104564	
1 1 1 1	NUEVO	Hackett, S., McWhirter, P.T., J	2015	The Therapeutic Efficacy of Domestic Violence Victim Intervent	A meta-analysis on domestic violence interventions	United States	Inglés	Trauma, Violence, and Abuse	10.1177/1524838014566720	
1 1 1 1	NUEVO	Kelleher, K.J., Hazen, A.L., Cohen, J.H., Wang, Y.	2008	Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: Association with domestic violence	Objective: To examine the association between physical domestic violence victimization (both	United States	Inglés	Child Abuse and Neglect	10.1016/j.chabu.2007.12.004	
1 1 1 1	NUEVO	Merete Berg Nasset, L., Mari	2020	Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based	Abstract Background: Violence in close relationship	USA	Inglés	BMC Psychiatry	DOI: 10.1186/s12888-020-02582-4	
1 1 1 1	NUEVO	Diandra Daley, Mary McCaul	2020	Interventions for women who report domestic violence during a	Background Domestic violence is a leading cause of	Noruega	Inglés	BMC Psychiatry	10.1007/s00127-019-01828-1	
1 1 1 1	NUEVO	Anna E. Austin, L.2, Meghan E	2017	A Systematic Review of Interventions for Women Parenting in t	Intimate partner violence (IPV) victimization is wid	USA	Inglés	TRAUMA, VIOLENCE, &	10.1177/1524838017719233	
1 1 1 1	NUEVO	Ragavan, M.I., Thomas, K. b.,	2019	A systematic review of community-based research interventions	Abstract Objectives: Community-based research is e	USA	Inglés	Psychology of violence	10.1037/vio0000183	
1 1 1 1	NUEVO	Fernández-Montalvo, J Email	2019	Treatment effectiveness of intimate partner violence perpetration	Objective: This article evaluates the treatment effect	España	Inglés	Psychology of violence	10.1037/vio0000184	
1 1 1 1	NUEVO	Luiza Fernanda Hohngzang-Jaluza, Aimee Schneider,	2017	Evaluation of the Impact of a CognitiveBehavioral Intervention	Domestic violence against women constitutes a seri	Brasil	Inglés	Universitas Psychologica	DOI: https://doi.org/10.11144/Javeriana	
1 1 1 1	NUEVO	Karla Arroyo, Brad Lundahl, P	2017	Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Viole	Intimate partner violence (IPV) impacts millions of	USA	Inglés	TRAUMA, VIOLENCE, &	10.1177/1524838015602736	
1 1 1 1	NUEVO	Burge, S.K., Ferrer, R.L.a, Foster, E.L.b, Seclio, J.a.	2017	Research or intervention or both? Women's changes after partici	Introduction: The tensions between risk and benefit	USA	Inglés	Families, Systems and Heal	10.1037 / fsh0000246	
1 1 1 1	NUEVO	Shayesteh Jahanfar, Patricia A	2013	Interventions for Preventing or Reducing Domestic Violence	Background: Domestic violence during pregnancy is	Canada	Inglés	Cochrane Database Syst Re	10.1002/14651858.CD009414.pub2	
1 1 1 1	NUEVO	Nina B. Hansen, Sara B. Eriks	2014	Effects of an intervention program for female victims of intimas	Background: Research has documented severe ment	Canada	Inglés	European Journal of Psych	10.3402/ejpt.v5.24797	
1 1 1 1	NUEVO	Judit Tirado-Muñoz 1 , Gail C	2014	The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy inte	Objective: To determine the effi cacy of Advocacy e	España	Inglés	Annals of Medicine	doi.org/10.3109/07853890.2014.941818	
1 1 1 1	NUEVO	Felbinger, D.M., Genes, D	2008	Domestic violence screening and treatment in the workplace.	The purpose of this study was to survey occupatio	USA	Inglés	AAOHN Journal Official	10.3928/08910162-20080401-04	
1 1 1 1	NUEVO	Thomas, C.R., Miller, G.b, Haraboom, J.C.a, Stock,	2005	Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence	Domestic violence is a significant public health prob	USA	Inglés	Telemedicine Journal and e	10.1089/tmj.2005.11.587	
1 1 1 1	NUEVO	Constantino, R.a,cEmail: Auto	2005	Effects of a social support intervention on health outcomes in re	This pilot study tested the feasibility and effectiveness	USA	Inglés	Issues in Mental Health Nu	10.1080/01612840590959416	
1 1 1 2	REPETIDO	Kim, Ya.	2017	Effectiveness of a Group Intervention Program for Female Victims of Intimate Partner Violence	Group intervention has been widely used with femal	Portugal	Inglés	Small Group Research	10.1177/1046496416675226	
1 1 1 2	NUEVO	Cruza, P.A.b	2016	Integrated Cognitive Behavioral Intervention Reduces Intimate Partner Violence Amongst Alcohol Dependent Men, and	Background and aim: Alcohol abuse has been assoc	India	Inglés	Journal of Substance Abuse	10.1016/j.jsub.2016.02.005	
1 1 1 2	NUEVO	View Correspondence (unimp	2010	Assessment of the efficacy of a psychological treatment for wom	This study evaluates the long-term efficacy of a bri	España	Inglés	Spanish Journal of Psychol	10.1017/S113874160000250X	
1 1 1 2	NUEVO	Krebs, C., Breiding, M.J., Bro	2011	The Association Between Different Types of Intimate Partner Vi	Those who experience intimate partner violence (IP	United States	Inglés	Journal of Family Violence	10.1007/s10896-011-9383-3	
1 1 1 2	NUEVO	Vilarinho, M., Amado, B.G., V	2018	Psychological harm in women victims of intimate partner violen	Victimization of a crime is defined in terms of the physical and psychological injury sustained by the	España	Inglés	Psychosocial Intervention	10.5093/pi2018a23	
1 1 1 3	NUEVO	Hughes, H.M., Cangiano, C., Hooper, EK	2011	Profiles of distress in sheltered battered women: Implications for	Heterogeneity in patterns of distress and psychologi	United States	Inglés	Violence and Victims	10.1891/0886-6708.26.4.445	